



Förslag till Verksamhetsplan och budget 2017

Nämnden för Psykiatri och
habilitering

Ärendenummer: 2016/01193

Dokumentnummer:

2016/01193-2

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	4
1.1 Omvärldsanalys.....	4
2.1 Landstinget Blekinges verksamhetsidé.....	13
2.2 Landstinget Blekinges uppdrag.....	13
2.3 Landstinget Blekinges vision.....	13
3.1 God hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa.....	15
3.1.1. Övergripande mål i landstingsplanen.....	15
3.1.2 <i>Psykiatri- & habiliteringsnämndens indikatorer och målvärden inom inriktningsmålet God tillgänglighet till besök och behandling.....</i>	16
3.1.3 <i>Psykiatri- & habiliteringsnämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet En bättre folkhälsa avspeglas i en ökad jämlik hälsa.....</i>	17
3.1.4 <i>Psykiatri- & habiliteringsnämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet Medborgare och patienter har stort förtroende för Landstinget Blekinges verksamheter.....</i>	18
3.1.5 <i>Psykiatri- & habiliteringsnämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet En trygg och säker hälso- och sjukvård.....</i>	19
3.1.6 <i>Psykiatri- & habiliteringsnämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet En hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus.....</i>	21
3.2.1. Övergripande mål i landstingsplanen.....	22
3.2.2 <i>Psykiatri- & habiliteringsnämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet Miljö- och hållbarhetsplanen implementeras i relevanta delar i samtliga förvaltningar.....</i>	23
3.2.3 <i>Psykiatri- & habiliteringsnämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet Landstinget Blekinges förvaltningar arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar..</i>	23
3.3.1. Övergripande mål i landstingsplanen.....	24
3.3.3 <i>Nämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet Verksamheten bedrivs med god kostnadskontroll.....</i>	24
3.3.5 <i>Nämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet Verksamheten bedrivs med långsiktig ekonomisk planering.....</i>	25
3.4 Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter.....	25
3.4.1. Övergripande mål i landstingsplanen.....	25
3.4.3 <i>Nämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet Attraktiv arbetsgivare.</i>	26
3.4.5 <i>Nämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet En god arbetsmiljö.....</i>	26
4. Framtidens hälso- och sjukvård.....	27
4.1 Bakgrund.....	27
4.2 Närsjukvård.....	27
4.3 Koncentrerad vård.....	28
4.4 Vårdsamverkan.....	29
4.5 Nya arbetssätt och roller.....	30
4.6 Strategiska satsningar.....	31
5. Budget.....	32
5.1 Förslag till budgetfördelning per basenhet för 2017.....	32
5.2 Förklaring till budgetfördelning.....	33

5.3 Uppdrag som förvaltningen inte klarar inom ovanstående budget	34
5.3.1 Beroendemottagningen.....	34
5.3.2 Uteblivna statsbidrag till BUP.....	35
5.3.3 Grundläggande insatser för kommunikation	36
5.3.4 Underläkare.....	37
5.3.5 Sjuksköterskor.....	37
5.3.6 Specialiserad traumabehandling flyktingar	38
5.3.7 Förskrivare av hjälpmedel flyktingar.....	39
6. Prioritering av investeringar	39
Länsgemensam psykiatri – Byggnad 24 på sjukhusområdet i Karlskrona	39
6.1.1 Beroendemottagningen.....	39
6.1.2 Beroendeavdelningen	40
6.1.3 Psykiatriska intensivvårdsavdelningen (PIVA) och Psykakuten (PAKA).....	41
6.2 Nya platser till slutenvården	41
6.3 Mottagning och mellanvård i Ronneby.....	42
6.4 Övriga lokalfrågor	42

1 Inledning

1.1 Omvärldsanalys

Befolkningens behov av psykiatri och habilitering

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för allt ifrån nedsatt psykiskt välbefinnande till olika former av psykisk sjukdom och psykiska funktionsnedsättningar. I dag är psykisk ohälsa den främsta orsaken till sjukfrånvaro i stora delar av västvärlden. Ett av tio barn mellan 10 och 18 år har upplevt psykisk ohälsa och nästan dubbelt så många har upplevt psykosomatiska besvär. Det är också den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder står utanför arbetsmarknaden inom OECD. I Sverige står psykiska diagnoser för cirka 40 procent av alla pågående sjukskrivningar som ersätts av Försäkringskassan. Kostnaden för psykisk ohälsa i Sverige är ungefär 70 miljarder kronor om året enligt OECD.

Hur stor andel av befolkningen som drabbas av psykisk ohälsa påverkas av en rad faktorer. Hälsans bestämningsfaktorer delas ofta in i fyra olika nivåer, där den yttersta nivån står för övergripande strukturella faktorer, nästa nivå utgör individens livsvillkor, sedan följer levnadsvanor och den fjärde nivån står för sociala nätverk och relationer. Faktorerna påverkar varandra.

Skillnader i livsvillkor bidrar till skillnader i hälsa. Låg utbildningsnivå, bristande resurser och marginalisering minskar människors möjligheter till inflytande och påverkar hälsan negativt. En avgörande faktor för hälsan är människors känsla av sammanhang och möjlighet att påverka sina liv. Många faktorer kan påverka delaktigheten i samhället; tillgång till arbete, fysisk tillgänglighet, möjlighet till deltagande i föreningsliv och sociala nätverk är några exempel. En annan mycket viktig förutsättning för en god hälsa är ekonomisk och social trygghet. Det finns ett klart samband mellan en god folkhälsa och ett samhälle präglad av ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor, jämställdhet och rättvisa. Ekonomisk stress och social otrygghet orsakar framför allt psykisk ohälsa, och leder till ökad ojämlikhet i hälsa. En viktig faktor som påverkar förutsättningar för ekonomisk och social trygghet, god hälsa och goda levnadsvanor är utbildningsnivå.

Förhållanden under barn- och ungdomsåren har stor betydelse för både den psykiska och fysiska hälsan under resten av livet. Alla barn och unga har inte samma möjligheter till goda och trygga uppväxtvillkor, vilket kan avspeglas i en ojämlik hälsa. Att växa upp med bristande omsorg, utsättas för kränkande behandling, våld, missbruk, traumatiserade eller psykiskt sjuka föräldrar är betydande riskfaktorer för ett barns hälsa. Även fattigdom utgör en hälsorisk. Att leva i ekonomiskt utsatta hushåll ökar risken för att utsättas för våld i hemmet, mobbing i skolan och för osunda levnadsvanor.

Människor med psykisk ohälsa är den grupp som är mest utsatt vad gäller socioekonomiska faktorer såsom ekonomi, boende, tillgång till arbete och delaktighet i sociala nätverk, både i jämförelse med den övriga befolkningen och i jämförelse med andra patientgrupper. En stor andel saknar daglig sysselsättning, deltar inte aktivt i fritids- och kulturlivet och har ofta få, eller inga, andra kontakter än med personal inom stödsystemet. Människor med psykisk ohälsa är även en utsatt grupp när det gäller somatisk hälsa och de har sämre tillgång till hälso- och sjukvård. Att i unga år insjukna i psykisk sjukdom medför allvarliga konsekvenser senare i livet, inte enbart vad gäller hälsa och dödlighet, utan även för vilken utbildning och inkomst den enskilde uppnår.

Även personer med funktionsnedsättningar har sämre livsvillkor och mindre hälsosamma levnadsvanor än befolkningen i övrigt. De är utsatta för välkända riskfaktorer såsom lägre grad av förvärvsarbete, sämre ekonomiska livsvillkor, hög oro för att förlora arbete och oro för sin ekonomiska situation. De har i högre grad blivit utsatta för kränkningar och hot och våld och har ett lägre socialt deltagande än personer utan funktionsnedsättningar. De är mer stillasittande, har övervikt och fetma. De har mer värk och högre grad av trötthet. Man upplever högre grad av stress, ängslan och oro. Kvinnor som är vårdnadshavare till barn med funktionsnedsättningar skattar sin hälsa som dålig.

I 2014 års folkhälsorapport presenteras livsvillkoren för Blekingeborna. Den genomsnittliga disponibla inkomsten är lägre, utbildningsnivån är lägre, ungdomsarbetslösheten är högre och de sociala relationerna är svagare. I Blekinge uppger 68,9 procent av männen och 56,2 procent av kvinnorna att de har en god psykisk hälsa, vilket i sin tur innebär att en betydande andel av vår befolkning inte anser sig ha en god psykisk hälsa.

Antalet patienter med psykiska sjukdomar i Blekinge i åldersgruppen 20-24 år var år 2014 drygt 5.800 per 100.000 invånare jämfört med 5 200 per 100.000 invånare för genomsnittet i riket. Patienter med alkohol- och drogrelaterade diagnoser ligger också högre än grannlandstingen (med undantag för Skåne gällande drogrelaterade diagnoser). Vid jämförelse av alkoholrelaterade diagnoser i slutenvård, antal patienter/100 000 inv, ålder: 20-29, 2014 är siffran för män i Blekinge mycket hög (273) jämfört med genomsnittet för män i Sverige (153). Även antal döda i alkoholrelaterad dödlighet per 100 000, ålder: 0-85+, 2014 av är siffran för män i Blekinge betydligt högre (47) än för genomsnittet i riket (30).

Människor med psykisk ohälsa får utifrån symtomens allvarlighetsgrad hjälp antingen hos primärvården eller hos specialistpsykiatrin. Hur gränssnittet mellan primärvården och psykiatrin är utformat påverkar hur stor andel av patienterna som kommer att få sin vård och behandling inom psykiatrin.

De stora diagnosgrupperna inom heldygnsvården är Missbruk, Schizofreni, Övriga psykoser, Bipolära syndrom och Övrig förstämning. Av dessa har antalet vårddagar för Schizofreni och Övriga psykoser minskat relativt mycket under senare år. Om vissa diagnosgrupper minskar inom heldygnsvården, är det desto fler som ökar inom öppenvården. Missbruk/Beroende, olika former av stressyndrom (inkl PTSD) och Autism är de som ökar mest.

Inom samtliga förvaltningens områden är efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar fortsatt hög och den kommer sannolikt inte att minska inom de närmaste åren.

Befolkningen blir även allt äldre, vilket gör att efterfrågan på t.ex minnesmottagningen sannolikt kommer att öka.

Antalet flyktingar och asylsökande var mycket högt under 2015. Under 2016 minskade antalet men många av de asylsökande har fortfarande inte fått besked om de får stanna i Sverige. I april 2016 var 3304 asylsökande personer inskrivna hos Migrationsverket i Blekinge. Av dessa var 608 ensamkommande barn. Under 2015 och t o m 2016-05-01 blev 1 997 personer kommunmottagna (PUT) och permanent bosatta i Blekinge. På nationell nivå uppskattar man att 20-30% av alla asylsökande och flyktingar lider av någon form av psykisk ohälsa. Experternas bedömning är att de som kommit till Sverige den senaste tiden i hög utsträckning varit med om flera trauman (SKL).

Enligt Migrationsverket var Blekinge i april 2016 det län där det fanns störst andel nyanlända som fått uppehållstillstånd. De befinner sig alltjämt i en mycket påfrestande situation där de ska börja en ny tillvaro i ett nytt land, bl.a. skaffa bostad och nytt jobb. Det är en situation där vissa människor riskerar att få en försämrad psykisk hälsa.

När det gäller flyktingar och asylsökande finns det hos både barn och vuxna, ett stort behov av olika habiliteringsinsatser. Ofta har de inte fått tillräcklig hjälp i sina hemländer. För habiliteringen innebär det ett ökat behov av utredningar och utprovning av olika hjälpmedel.

Befolkningen ställer större och större krav på vården. Patienter är mer pålästa än tidigare och har synpunkter på den vård som erbjuds. Samtidigt strävar vården mot att patienter ska bli mer och mer aktiva och delaktiga i sin vård. Detta är i grunden en positiv utveckling där patientens upplevelser och synpunkter kommer mer i fokus än tidigare. Vården behöver t.ex. ge mer information om vården så att patienter får bättre förutsättningar att vara mer delaktiga i besluten kring deras egen vård. Detta i sin tur påverkar hur patienter känner sig bemötta och respekterade.

Det finns ett ökat behov av samarbete med olika vårdgrannar, tex primärvård och kommun. Kommunikation med vårdgrannarna behöver förbättras och gränssnitten mellan verksamheterna behöver bli tydligare för att säkerställa att patienter får rätt vård av rätt verksamhet.

Jämlik vård

En jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla (Socialstyrelsen). 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. Vården är på pappret relativt lika över länet, men det förekommer ändå lokala skillnader. Exempelvis finns det olikheter i frekvens av sjukdomstillstånd som rimligen inte borde finnas. Frågor om skillnader i diagnostik uppmärksammas idag på ett annat sätt och därmed kommer en större samstämmighet att växa fram. Förklaringen till olikheterna är att enheter ser och bedömer symtom på olika sätt. Problemet är inte lokalt för Blekinge utan finns över hela landet.

Vad gäller tillgängligheten så har förvaltningen sedan länge mycket god tillgänglighet i den del som gäller nybesök. Tillgängligheten till fördjupade utredningar fungerar bra inom habiliteringen och barn- och ungdomspsykiatri, medan det är ett förbättringsområde inom vuxenpsykiatri. Den vårdgaranti för nybesök som infördes nationellt för ett antal år sedan spelar stor roll och medför att verksamheten kommer att fortsätta att prioritera nysökande utifrån hur vårdgarantin är utformad. Detta kan innebära att patienter som behöver mer kontinuerlig kontakt kan få vänta längre mellan besöken eftersom resurserna inte räcker till allt. Den kontinuerligt höga tillströmningen av patienter till framför allt barn- och ungdomspsykiatri i kombination med kravet på snabb tillgänglighet pressar verksamheten att snabbt bedöma nysökande, vilket kan få till följd att t ex barn i socialt utsatta familjer riskerar att inte få den vård de behöver då kontakt med dessa familjer ofta kräver mer tid för motivationsarbete och uthållighet i kontakterna.

Blekinge är ett litet landsting och har inte samma möjligheter som t ex storstadsregionerna att specialisera vården. Detta kan innebära att vissa patienter inte har samma tillgång till vissa typer av vård som finns i andra landsting. Patientlagen gör det möjligt att söka öppen vård var som helst i landet, men det är troligen så att vård som innebär många besök i första hand kommer att sökas på hemmaplan av praktiska skäl.

Geografiskt har förvaltningen det ganska väl ställt med jämlik tillgång till vård. Både vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och habiliteringen har öppenvårdsmottagningar på flera orter i länet. Däremot är slutenvården mer koncentrerad. Under nästa år kommer i begränsad omfattning viss länsgemensam vård även kunna ges i västra länsdelen. Att kunna söka vård på sin hemort är en trygghet för patienterna, men är samtidigt ekonomiskt och resursmässigt en utmaning för vården.

Den somatiska hälsan hos psykiatriens och habiliteringens patienter är ofta sämre än för befolkningen i stort. I öppna jämförelser mäts s.k undvikbar somatisk vård för personer med tidigare psykiatrisk diagnos. Där kan man tydligt se att detta är en patientgrupp som betydligt oftare vårdas inom slutenvård för sjukdomar som kanske hade kunnat förebyggas tidigare, t ex sambandet mellan högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdomar. För att på något sätt råda bot på detta har psykiatrien påbörjat ett arbete med olika typer av somatiska hälsokontroller, samtal om levnadsvanor och även remittering av patienter till primärvård/somatik. Sannolikt kommer den här typen av insatser att behöva utökas, samtidigt som synen på förvaltningens patientgrupper måste förändras.

Jämlik vård handlar också om att vi ska ge nyanlända tillgång till den vård de har rätt till. För att underlätta kontakten med vården kan det behövas mer informationsinsatser om hur svensk psykiatri och habilitering fungerar. En del av personalen kan behöva utbildning i transkulturell psykiatri och migration för att bättre kunna identifiera och förstå de symtom och beteenden som kan kopplas till psykisk ohälsa och migration.

Alla människor som söker vård ska känna att de kan göra sig förstådda. Detta är även en förutsättning för att vården ska kunna göra en rätt bedömning. Många av de nyanlända behärskar inte språket och har inte hunnit etablera sig i det svenska samhället. Detta innebär att personalen får ha ett fokus på bemötande ur ett interkulturellt perspektiv. Personalen måste ge längre tid, boka fler samtal för att förklara begreppen och ibland ta upp vissa frågor igen när familjen har nått en högre grad av etablering. Tillgången till kvalificerad tolk är tyvärr dålig, ibland går det inte att få tag i tolk över huvud taget. Detta är ett mycket stort och allvarligt problem inom en verksamhet som till stor del bygger på nära kontakt mellan vårdgivare – vårdtagare. Många nyanlända har omfattande obehandlade funktionsnedsättningar, vilket gör att många söker habiliteringen med omfattande basala behov. Detta är en trend som sannolikt kommer att fortsätta.

Patientsäkerhet

Patientsäkerhet handlar ytterst om skydd mot vårdskada. En vårdskada är enligt patientsäkerhetslagen när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården

Att följa upp vården är en parameter som medverkar till att det är fokus på rätt saker, t ex uppföljning av genomförda suicidriskbedömningar och uppföljning av genomförd tvångsvård. Men även den dagliga behandlingen är viktig att följa upp – att aldrig tappa den kliniska blicken. Det är alldeles för lätt att förblindas av för mycket checklistor och administration inom området så att man inte ser patienten. Det är alltmer fokus på patientsäkerhet, men med alltmer slimmade organisationer, ny oerfaren personal som ersätter personal med mångårig erfarenhet, finns det stort behov av utbildningsinsatser och tydliga enkla rutiner som är lätt åtkomliga för att kunna upprätthålla en hög patientsäkerhet.

Patienter ska ha en tydlig behandlingsplan/habiliteringsplan som kontinuerligt revideras. Här finns det mycket mer att göra och som ett led i både patientsäkerhetsarbetet och arbetet med mer personcentrerat vård är det nödvändigt att patienten – och i förekommande fall även familjen – blir mer delaktig i sin egen vård. De patienter som behöver en fast vårdkontakt ska också ha en sådan. Detta är speciellt viktigt för patienter som vårdas på öppenvårds-LPT/LRV.

Tvångsvården är en speciell vårdform som innebär stora ingrepp på den personliga integriteten och det är därför extra viktigt att vården utförs på ett patientsäkert sätt. Antalet vårddagar med tvångsvård minskar och förhoppningen är att det kommer att fortsätta att minska. Projektet ”Bättre vård mindre tvång” har lett till en minskning av antalet tvångsåtgärder och ett professionellare omhändertagande då tvångsinsatser är nödvändiga.

Verksamheten står inför en alltmer åldrande befolkning, många asylsökande och nya svenskar som kommer att vara i behov av specialistpsykiatri. Svårigheten att rekrytera tolkar innebär en förhöjd patientsäkerhetsrisk dels då risken för missförstånd ökar och dels för att besöket kanske måste ställas in och behandlingen fördröjas. För att detta ska fungera är det av största vikt att även primärvården både har tillräckligt med resurser med rätt kompetens och tid för att ta emot de patienter som inte behöver specialistpsykiatriens resurser.

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är avvikelserapporteringen. Antalet rapporterade avvikelser har ökat från år till år, vilket ses som en ökad riskmedvetenhet och en tydlig vilja att öka kvalitén i vården. Under 2015 och 2016 står avvikelser beträffande läkemedelsbehandling och beträffande samverkan i särskilt fokus. Avvikelsena beträffande läkemedel valdes som fokusområde med hänsyn till en riskanalys som genomfördes år 2013-2014. Avvikelser avseende samverkan valdes då detta område framstod i behov av förbättring i 2014-års patientsäkerhetsenkät. Dessa avvikelser kommer att analyseras särskilt under våren 2017 och förbättringsförslag kommer att formuleras.

Riskanalysen ”Läkemedelsbehandling i psykiatri” (2013-2014) påvisade ett antal åtgärdbara risker för patienterna, bl a risker för interaktioner mellan läkemedel, bristande uppföljning och att olämpliga läkemedel ordineras till personer över 75 år. Under 2016 pågår ett arbete att planera och implementera åtgärder, som syftar till att minska dessa risker. Dessa åtgärder inkluderar bl a ändrade rutiner, utbildningsinsatser, checklistor och utvärdering av läkemedelsuppföljning

Asylsökande och nyanlända

Blekinge har tagit emot ett stort antal asylsökande och nyanlända. 2016-07-01 fanns i Blekinge 3726 personer inskrivna i migrationsverkets mottagningssystem varav 579 ensamkommande barn. Under 2015 och t o m 2016-05-01 blev 1 997 personer kommunmottagna (PUT) och permanent bosatta i Blekinges kommuner. Enligt Socialstyrelsen uppskattas mellan 20 till 30 procent av asylsökande och flyktingar lida av psykisk ohälsa. Experter bedömer att ännu fler har behov av insatser för att förebygga eller förhindra uppkomst av psykisk ohälsa.

Människor på flykt utsätts ofta för stress och traumatiska upplevelser i tre faser; stress och trauma i samband med de krig och konflikter i ursprungsländerna man flytt ifrån, svåra umbäranden och farofyllda resor under flykten och till slut när de väl kommit fram, den påfrestning som asylfasen och etableringen i det nya landet i sig innebär.

De effekter som detta kan ha för förvaltningen är försämrad tillgänglighet med undanträngningseffekter som följd, ökad vårdplatsbrist och längre väntetider. För patienterna kan effekterna av obehandlad psykisk ohälsa leda till självskadebeteende, våldsbrott och missbruk.

För att möta behov hos de med svår psykisk ohälsa behövs handledning och kunskapsstöd till specialistpersonal. Barn och vuxna med traumarelaterade tillstånd, posttraumatiskt stressyndrom och allvarlig depression bör systematiskt identifieras och få specialiserad hjälp och behandling. När behoven nu väntas öka kraftigt behövs dock insatser som snabbt ökar både vuxen- och barnpsykiatriens kapacitet att diagnosticera och behandla svår psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända. Förutom större kapacitet att diagnosticera och behandla asylsökande och nyanlända med svår psykisk ohälsa behövs också transkulturell kompetens i frågor om hälsa och symtom i olika kulturer. Det finns också ett behov av att analysera de behandlingsformer som finns ur ett kulturellt perspektiv, för att säkerställa att behandlingen är effektiv för olika målgrupper.

Förvaltningen har redan märkt av ett ökat tryck inom barn- och ungdomspsykiatri och habiliteringen och det finns ett stort behov i hela förvaltningen att öka den transkulturella kompetensen och kunskap i traumabehandling.

Patienternas syn på vården

Vikten av att förena vårdgivarens och patientens olika perspektiv betonas i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) Detta känns som självklart för de flesta men i verkligheten är det inte alltid så. Myndigheten för vårdanalys som kvalitetsgranskar den svenska hälso- och sjukvården betonar också att vården trots goda intentioner inte alla kan luta sig tillbaka och vara nöjda med graden av patientcentrering i vården, utan kraftfulla insatser behövs. Bristande helhetssyn och bristande kontinuitet är andra kvalitetsproblem som rapporteras, men en av de viktigaste slutsatserna är att svensk hälso- och sjukvård brister i att hålla patienterna välinformerade. Patienterna involveras inte heller fullt ut att delta aktivt i vården för att på bästa sätt uppnå goda vårdresultat (ur Vårdhandboken)

Förvaltningen har vid ett flertal tillfällen medverkat i den Nationella Patientenkäten. Resultatet därifrån är mycket positivt för verksamheten, dels för att resultatet visar höga siffror, men också som underlag för att förbättra de områden där det behövs. Stort samband har kunnat ses bl.a mellan överlag höga siffror och patientens känsla av delaktighet i sin egen vård. Samhället utvecklas också mot en allt högre öppenhet. Patienterna är idag mer pålästa och ställer på så vis också större krav på vård och behandling. Förvaltningen kommer under hösten 2016 att gå med i e-journal, där en del av journaluppgifterna kommer att tillgängliggöras för befolkningen. Vad detta kommer att innebära är ännu oklart.

Även om det även idag är ett stort steg för många att söka hjälp inom psykiatri, har samhällets syn ändrats mycket genom åren. Tillsammans med ökande krav i samhället bidrar detta till att många fler vågar söka vård, vilket går att se på tillströmningen av nysökande patienter. Inom barn- och ungdomspsykiatri märker man exempelvis av att många föräldrar söker hjälp då skolsituationen inte fungerar för barnen/ungdomarna.

Media har givetvis en stor roll i hur befolkningen uppfattar vården, men också det bemötande som enskilda får när de söker vård påverkar.

För att få mer information om vad patienterna tycker om vården och erbjuda patienterna delaktighet i utveckling av vården har förvaltningen en deltidsanställd brukarsamordnare.

Personalsituationen

Förvaltningen ser ett ökat problem med personalrörlighet. Den externa personalrörligheten ökar och detta i samband med att förvaltningen är inne i en period med stora pensionsavgångar innebär att rekryteringsbehovet framöver förväntas vara stort. Det skapas ett glapp i

psykiatri/habiliteringserfarenhet och kompetens och budgeten räcker inte till för den förtidsrekryteringen om hade behövts. Situationen är likande i flertalet landsting och kommuner vilket gör att det är en allt högre konkurrens vid rekrytering av medarbetare. Samtliga landsting och kommuner arbetar på olika sätt med att profilera sig och erbjuda ett spännande, attraktivt arbete med goda arbetsvillkor och bra förmåner. Detta är något som vi ser som en av landstingets viktigaste uppgifter framöver för att kunna rekrytera, introducera och behålla personal. Det påverkar både patientsäkerheten, tillgängligheten och arbetsmiljön.

Inom psykologgruppen finns en mycket stor personalrörlighet. Det beror både på pensionsavgångar och av andra externa avgångar. Psykologbristen är ett problem i stora delar av landet och psykologgruppen har en ökat arbetsmarknad genom såväl privata aktörer som statliga myndigheter.

Den ökade personalomsättningen ställer höga krav på den kvarvarande personalen att vara kontinuitetsbärare och introducera nya medarbetare. Detta kan periodvis innebära en tuff arbetsmiljö och en ökad arbetsbelastning. Ofta handlar det även om en psykisk belastning, många möten med svårt sjuka patienter och en svår situation för anhöriga. All personal bör därför delta i extern handledning vilket innebär en möjlighet att reflektera kring svåra möten.

Trots personalomsättningen har HME i förvaltningen ökat från 75 vid första mätningen 2012 till 78 2015 och medarbetarna anger att känner ett engagemang för sitt arbete och att de trivs med sina arbetskamrater. Personalomsättning ställer också stora krav på förvaltningens chefer genom att de måste lägga huvuddelen av arbetstiden på att skapa trygghet i grupperna genom att vara närvarande chef. Detta gör att det är svårt att hinna med att arbeta med utvecklingsfrågor och att deras arbetsmiljö blir hårt belastad.

Nyrekrüteringar innebär ett ökat behov av kompetensutveckling. Det finns ett behov av att arbeta vidare med vilken kompetensutveckling som måste prioriteras nu när behoven är stora. Kostnaden för kompetensutveckling förväntas vara hög under många år för att täcka det kompetensgap som uppstår. Att arbeta aktivt med de lärosäten som erbjuder de utbildnare som förvaltningen behöver är en viktig del i att försöka minska kompetensgapen.

Bristen på specialistläkare är nationellt ett stort problem inom psykiatrin. Förvaltningen deltar aktivt i SKLs projekt för läkarbemannning oberoende av hyrläkare och en lokal åtgärdsplan är framtagen. Flertalet andra landsting är också med i detta arbete och konkurrensen om specialistläkare är mycket hög. Att förbättra tillgången på specialistläkare är dock en av de viktigaste frågorna för att uppnå en god arbetsmiljö och en hög patientsäkerhet.

Ekonomisk analys

Den specialiserade psykiatrin stod 2013 för 9,7 % av landstingens (hela riket) totala nettokostnader för hälso- och sjukvården, primärvården för 17,9 % och den specialiserade somatiska vården för 54,6 %. Trots den omfattande psykiska ohälsan och att vårdkonsumtionen ökat kraftigt har kostnadsutvecklingen för den specialiserade psykiatriska vården de senaste åren varit negativ. Resurserna har mellan åren 2008 och 2012 minskat med 1,1 %. Kostnadsutvecklingen för primärvården under samma tidsperiod var +6,2 % och för den specialiserade somatiska vården +4,2 %. När det gäller kommunernas resursfördelning läggs allt mindre resurser varje år på insatser till vuxna med missbruks- och beroendeproblem. Sedan 2008 har resurserna till missbruks- och beroendevården minskat med 6,4 % (SKL; Socialstyrelsen, Lägesrapport 2014).

Stora demografiska förändringar åren 2016–2019 innebär en stor påfrestning för landsting, såväl ekonomiskt som verksamhetsmässigt. Antalet invånare i Sverige väntas öka med cirka 590 000, varav utlandsfödda svarar för 70 procent. I takt med att de asylsökande får uppehållstillstånd övergår en stor del av ansvaret till kommuner och landsting som därmed får en ökad ekonomisk belastning då de statliga bidragen upphör. Samtidigt sker en snabb ökning av antalet äldre och antalet barn i skolåldern. Trycket uppåt på kostnaderna väntas därför vara påfallande starkt under perioden.

I 2014 års folkhälsorapport presenteras livsvillkoren för Blekingeborna. Den genomsnittliga disponibla inkomsten är lägre, utbildningsnivån är lägre, ungdomsarbetslösheten är högre och de sociala relationerna är svagare. I Blekinge uppger 68,9 procent av männen och 56,2 procent av kvinnorna att de har en god psykisk hälsa, vilket i sin tur innebär att en betydande andel av vår befolkning inte anser sig ha en god psykisk hälsa. Enligt SKLs statistikenkät för 2014 finns Blekinge på 5:e plats i Sverige både vad gäller antalet öppenvårdsbesök per 1000 invånare och antalet vårdagar i heldygnsvård per 1000 invånare. När det gäller barn- och ungdomspsykiatri har Blekinge 401 öppenvårdsbesök per 1000 invånare jämfört med riket som har 377.

Nettokostnaden mätt i kronor per invånare för specialiserad vuxenpsykiatrisk vård var 2015 marginellt högre för Blekinge jämfört med riket och jämförbara landsting. Samtidigt indikerar folkhälsorapporten för Blekinge och SKLs statistik om Blekingarnas vårdsökande att landstinget skulle behöva satsa mer än det genomsnittliga landstinget för att möta befolkningens vårdbehov. Människor som mår psykiskt dåligt kan vare sig fokusera på studier eller arbete och en ökad satsning på insatser för psykisk ohälsa skulle sannolikt öka befolkningens möjligheter att höja utbildningsnivån, minska arbetslösheten och öka antalet skattebetalare i länet.

Med de demografiska utmaningar som landstingen står inför de närmaste 15 åren krävs för alla delar av vården väsentligt större effektivitetsökningar än vad som varit fallet de senaste åren. Annars kommer vare sig finansiering, vårdplatser, personal eller andra resurser att räcka till. Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen har sedan år 2008 genomfört besparingsåtgärder motsvarande 35 mkr. Genomförda åtgärder, vilka har varit genomgripande, har inneburit en vidareutveckling och kostnadseffektivisering av psykiatrin och habiliteringen.

Genomförda åtgärder åren 2008 – 2014 i sammanfattning:

- Minskat antalet vårdplatser inom vuxenpsykiatrin från 97 till dagens 44 vårdplatser
- Byggt ut mellanvård inom vuxenpsykiatrin (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 ungdomspsykiatrin med 3 till dagens 2 vårdplatser.
- Byggt ut mellanvård inom Barn- och ungdomspsykiatrin
- Tillskapat Beroendeenhet med öppen och sluten vård varav 2 vårdplatser betalas av kommunerna för tillnyktring (tillskott med 5 mkr).
- Tillskapat akut- och rådgivningsteam inom vuxenpsykiatri Väst, vuxenpsykiatri Öst samt efter kl 16.00 samt helger inom Länsgemensam Psykiatri
- Arbetat strategiskt för att minska utomlänsvården – minskat antalet remisser
- Minskat antalet basenheter från 10 till 5
- Minskat antalet chefer till hälften
- Lokalmässigt sammanfört verksamheter för bättre samnyttjande av resurser och samordningsvinster

Psykiatri och habiliteringen i Blekinge har under många år arbetat för att hålla tilldelad budget och inte utökat verksamheten när patienternas vårdbehov ökat. Det finns därför nu behov av resurstillskott inom många av förvaltningens områden. Den allt större personalomsättningen gör att behovet av kompetensutvecklingsinsatser kommer ligga på en fortsatt hög nivå. Förmågan att anställa specialistläkare kommer påverka kostnadsutvecklingen och det är också en av de viktigaste frågorna i förvaltningen de kommande åren

2, Verksamhetsidé, uppdrag, vision och värdegrund

Landstingets uppdrag, verksamhetsidé, vision och värdegrund anger riktningen för inriktningsmålen i landstingsplanen som verksamhetsplanen bygger på.

2.1 Landstinget Blekinges verksamhetsidé

Verksamhetsidén beskriver ändamålet för landstingets samlade verksamhet. Den svarar på frågorna vad vi ska göra, för vem vi ska göra och vad vi vill uppnå.

Landstinget ska, med en tillgänglig, säker och kostnadseffektiv vård av god kvalitet, medverka till bästa möjliga livskvalitet för Blekingeborna.

Psykiatrins verksamhetsidé

”Psykiatrin är en specialistverksamhet som erbjuder kvalificerad utredning, diagnostik och behandling. Arbetet sker utifrån ett helhetsperspektiv i nära samverkan med patienter, anhöriga och vårdgrannar. Vi erbjuder ett brett behandlingsutbud som utförs av välutbildad personal.”

Habiliteringens verksamhetsidé

”Genom samverkande insatser bidrar vi till att personer med funktionsnedsättning är delaktiga i samhället och har en god livskvalitet.”

2.2 Landstinget Blekinges uppdrag

Huvuduppdraget för Landstinget Blekinge är att erbjuda befolkningen en god hälso- och sjukvård, både i dag, i morgon och i framtiden.

Till begreppet hälso- och sjukvård räknas även tandvård. Uppdraget regleras till största del av hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen och utifrån dessa formar sedan landstinget sin vision, sina mål och strategier för att möta befolkningens behov på såväl kort som lång sikt.

2.3 Landstinget Blekinges vision

En vision är en bild av den önskade framtiden. Visionen är ett viktigt hjälpmedel, ett rättesnöre, för att kunna fatta rätt beslut. Landstinget Blekinges vision är:

Livskvalitet för dig, vårdkvalitet för oss

Visionen anger en ambitionsnivå för våra invånare – livskvalitet – och hur landstinget bidrar – genom vårdkvalitet.

Psykiatri och habiliteringsförvaltningens vision

”En professionell och tillgänglig psykiatri och habilitering”

2.4 Landstinget Blekinges värdegrund

Värdegrunden vägleder oss i hur vi förhåller oss till dem vi finns till för, invånarna, och hur vi förhåller oss till varandra som medarbetare.

Vår värdegrund utgår från en humanistisk människosyn där vi värnar om och respekterar alla

människors lika värde. Den syftar ytterst till att göra vården ännu bättre och få patienterna att känna sig trygga.

Värdegrunden vilar på tre ledstjärnor: engagemang, samarbete och kvalitet.

2.5 Psykiatri- och habiliteringsförvaltningens värdegrund

Landstinget Blekinges värdegrund ska vara vägledande i hur anställda inom psykiatri- och habiliteringsförvaltningen förhåller sig till invånare, patienter och till varandra som medarbetare.

Värdegrundens tre ledstjärnor: engagemang, samarbete och kvalitet ska under 2017 definieras för att klargöra vad begreppen betyder inom psykiatrin och habiliteringen.

3 Nämndens mål 2017

Landstingsplan 2016-2018 utgör utgångspunkt för nämndernas framtagande av indikatorer och målvärden 2017. I landstingsplanen har landstingsfullmäktige beslutat om fyra politiskt prioriterade övergripande målområden:

1. God hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa
2. Aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer
3. Hållbar kostnadsutveckling för en långsiktigt stabil ekonomi
4. Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter



3.1 God hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa

3.1.1. Övergripande mål i landstingsplanen

Landstinget Blekinge ska erbjuda en trygg och säker hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus. Verksamheternas insatser ska planeras, samordnas och genomföras strukturerat och målinriktat, för en jämlik och tillgänglig vård. Detta i sin tur kräver att tillgången till kompetens i organisationen planeras och anpassas efter medborgarnas behov av hälso- och sjukvård.

Landstingets samtliga verksamheter har även ett brett uppdrag i det förebyggande folkhälsoarbetet, där kunskap om medborgarnas behov är en central faktor. Samverkan med övriga samhället och dess aktörer är en viktig förutsättning. Formerna för denna ska ständigt utvecklas.

Ett systematiskt och regelbundet patientsäkerhetsarbete är grundläggande för tilliten till hälso- och sjukvården. Andra avgörande omständigheter är bemötande och upplevelsen av vårdkvaliteten generellt. Landstingets verksamheter ska, genom ett ständigt förbättringsarbete inom sina respektive ansvarsområden, bidra till att stärka förtroendet för landstinget.

Målområdet god hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa innehåller fem inriktningsmål:

- Landstinget Blekinge har god tillgänglighet till besök och behandling.
- Landstinget Blekinges arbete för en bättre folkhälsa avspeglas i en ökad jämlik hälsa.
- Medborgare och patienter har stort förtroende för Landstinget Blekinges verksamheter.
- Landstinget Blekinge erbjuder en trygg och säker hälso- och sjukvård.
- Landstinget Blekinge erbjuder en hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus.

3.1.2 Psykiatri- & habiliteringsnämndens indikatorer och målvärden inom inriktningsmålet God tillgänglighet till besök och behandling

Värden skall vara av god kvalitet och både invånarna i allmänhet och patienterna i synnerhet ska uppleva att vården är trygg, oavsett vårdnivå. God medicinsk säkerhet, tillgänglighet samt att ha patienten i centrum är viktiga beståndsdelar i en god vård. Det är också viktigt att patientarbetet sker utifrån en helhetssyn, då en del av de symtom som befolkningen söker för är relaterade till ålder, psykiska, sociala och existentiella problem. Kontinuitet i behandlingen med möjlighet till långvariga relationer ger förutsättningar för en helhetssyn i patientarbetet.

Tillgänglighet är ett viktigt område då det är en av förutsättningarna för att åstadkomma trygghet i vården. Länet ska känna att de garanteras en säker vård av hög kvalitet samt en trygghet i att psykiatri och habiliteringen finns tillgängliga när behov av insatser föreligger. 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. slutenvård krävs istället för öppen vård.

Den nationella vårdgarantin innebär att nysökande inom psykiatri och habilitering ska få komma på ett första besök inom 90 dagar. Förvaltningen kommer att uppfylla landstingets tillgänglighetsmål samt har egna – högre ställda – mål för tillgängligheten. Förvaltningens eget mål för psykiatri är att andelen patienter som får ett nybesök inom fyra veckor år 2017 ska uppgå till minst 80% exkl. patientvald väntan. Här undantas Minnesmottagningen och Sexologiska mottagningen som inte bedöms vara av lika akut karaktär så att det högre tillgänglighetsmålet bör gälla. För dessa mottagningar gäller vårdgarantin om 90 dagar. För habiliteringen är målet att minst 30% ska få ett nybesök inom 30 dagar och 60% inom 60 dagar exkl. patientvald väntan. Utöver detta finns en förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa innebärande att ett nybesök ska ske inom 30 dagar samt att vid behov av och beslut om fördjupad utredning eller behandling ska sådan påbörjas inom 30 dagar efter sådant beslut.

För patienter i behov av specialiserad ätstörningsbehandling har förvaltningen koncentrerat sina resurserna till länsgemensam psykiatri. Patienterna kommer via ordinarie mottagning och aktualiseras vid ätstörningsenheten vid behov. För närvarande finns ett hårt tryck på enheten och ett flertal patienter står i kö. Ätstörningsbehandling kan för vissa patienter vara direkt livsavgörande då denna diagnos kan ha dödlig utgång.

Fördjupad utredning för vuxna omfattas i dagsläget inte av vårdgarantin och väntetiden för vuxna varierar mellan mottagningarna. 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. Det är dock ytterst få patienter som enbart ”står i kö”. De flesta får någon form av behandling under tiden. Förvaltningen kommer under år 2017 fortsätta arbeta för att minska väntetiden även för vuxna.

Habiliteringen arbetar för allas rätt till kommunikation och delaktighet i sin behandling och i samhället. Habiliteringen erbjuder kontinuerligt utbildningsinsats i ”Tecken som alternativ kompletterande kommunikation” (TAKK) och ”Tidig intervention” (AKKtiv) för patienter (flestar barn) med kommunikationssvårigheter och deras anhöriga. Insatsen erbjuds i mån av tidsutrymme hos logopederna.

Indikator	Ingångsvärde	Målvärde 2017	Uppföljning och källa
Andel patienter inom psykiatrin (exkl Minnesmottagning/Sexologiska mottagningen) som varit på ett nybesök (exkl. patientvald väntan) inom 30 dagar	Värde bokslut 2016	Minst 80%	Väntetider i vården
Andel patienter inom habiliteringen som varit på nybesök (exkl. patientvald väntan) inom 30 resp. 60 dagar.	Värde bokslut 2016	Minst 30% inom 30 dgr Minst 60% inom 60 dgr	Väntetider i vården
Andel patienter som får ätstörningsbehandling vid ätstörningsenheten inom 30 dagar efter aktualisering. Vid somatiskt akuta fall första besöket inom 7 dagar.		100%	Verksamheten
Andel patienter som har erbjudits start av beslutad fördjupad utredning inom 30 dagar (nationell garanti). Gäller BUP och HAB	Värde bokslut 2016	Minst 80%	Verksamheten
Andel patienter inom vuxenpsykiatrin som har erbjudits start av beslutad fördjupad utredning inom 6 månader	Ej tidigare mätt	Minst 80%	Verksamheten
Patienter med kommunikationssvårigheter vid habiliteringen ska erbjudas deltagande i insatserna TAKK och AKKtiv.	Ej tidigare mätt	100%	Verksamheten

3.1.3 Psykiatri- & habiliteringsnämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet En bättre folkhälsa avspeglas i en ökad jämlik hälsa

Psykiatrin och habiliteringen har en viktig roll inom folkhälsoarbetet genom sin specifika kompetens där ledstjärnan är att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv på patienter, brukare och anhöriga. Psykisk ohälsa är idag ett stort och växande hot mot folkhälsan och en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning. Några särskilt omfattande insatser inom folkhälsoområdet ryms dock inte inom varken psykiatris eller habiliteringens nuvarande resurser. Trots detta sker en hel del förebyggande arbete, speciellt inom barn- och ungdomspsykiatrin.

De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder ger rekommendationer om hur sjukdom kan förebyggas och hur hälso- och sjukvården genom särskilda metoder kan stödja patienter att förändra en ohälsosam levnadsvana.

Förvaltningens målsättning utifrån dessa riktlinjer är att både psykiatrin och habiliteringen vid patientmötet tar upp frågor som rör sambandet mellan patientens hälsa och levnadsvanor. Dessa samtal kan göras på många olika sätt, alltifrån enkla råd och rådgivande samtal till regelrätta manualbaserade hälsosamtal. Inom psykiatrin och habiliteringen finns inte resurser för att genomföra kvalificerade manualbaserade hälsosamtal då detta är en metod som ofta tar ett helt besök i anspråk och dessutom kräver mer djupgående kunskaper. Svårigheter finns också att ta hand om resultatet av djupgående hälsosamtal, då varken resurser eller kunskap finns inom förvaltningen. Någon naturlig ”remiss-mottagare” finns inte heller i dagsläget för de patienter som väljer att förändra sina levnadsvanor. Förvaltningen kommer istället att arbeta med samtal kring levnadsvanor på en annan nivå där samtalet ska ingå som en naturlig del i vårdarbetet. Medarbetarna deltar också i fortbildning om levnadsvanor och hälsofrämjande arbetssätt för att på bästa sätt kunna stötta och motivera sina patienter att ta ett eget ansvar för sin hälsa och även att förbättra den.

Inom ramen för Socialstyrelsens Öppna jämförelser mäts antalet personer med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 patienter (gäller personer 20-59 år med tidigare psy-

kiatrisk vård). Detta är ett område där Blekinge tidigare legat dåligt till, vid redovisningen av Öppna Jämförelser 2014 t.o.m. sämst med 3 070 patienter med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 patienter. Under år 2015 förbättrade sig resultatet avsevärt till 1999 per 100 000 pat, vilket är nästa lika med riket (1982 per 100.000 patienter). Socialstyrelsen beskriver syftet med mätningen: ”Måttet innefattas av vårdtillfällen orsakade av utvalda sjukdomstillstånd som bedöms kunna undvikas inom slutenvården. Bland de diagnoser som valts ut finns först sådana som främst bedöms belysa hur väl den icke sjukhusbundna vården handlägger kroniska eller mer långvariga åkommor. Utöver detta ingår även en del mer akuta tillstånd där adekvat behandling givet inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus. Måttet avser att mäta kvaliteten i den öppna vården”. De utvalda sjukdomstillstånd som Socialstyrelsen hänvisar till utgörs av anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kronisk obstruktiv lungsjukdom, kärlkramp samt akuta tillstånd. Även om resultatet för Blekinge förbättrats avsevärt är detta ett angeläget område att fortsätta arbeta med.

Att uppnå ett bättre omhändertagande av psykiatriska patienter med somatiska sjukdomar är inget som psykiatrien kan genomföra ensam, utan här krävs ett samarbete med både sjukhuset och primärvården. Målsättningen är att även Habiliteringens patienter omfattas av arbetet. Mätningen inom Öppna Jämförelser 2015 består av uppgifter för år 2014, vilket gör att resultatet av ett utvecklingsarbete inom området är långsiktigt.

Habiliteringens patienter har inte tillgång till logopedmottagningens insatser. De blir hänvisade till habiliteringens logopeder som inte har möjlighet att erbjuda samma vård. För att vården ska bli jämlik måste patienter vid habiliteringen med röst-, tal- och språkstörningar samt patienter med nedsättning av läs- och skrivförmåga erbjudas samma vård som andra patientgrupper i landstinget.

Indikator	Ingångsvärde	Målvärde 2017	Uppföljning och källa
Andel patienter inom VUP med minst 3 besök med diagnos inom området PsykosR som får samtal om hälsa och levnadsvanor	Ej tidigare mätt	X%	Blues
Andel patienter inom BUP o HAB med minst 3 besök som får samtal om hälsa och levnadsvanor.	Värde bokslut 2015	Ska öka.	Blues
Antal personer med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 patienter. Avser personer 20-59 år med tidigare psykiatrisk vård.	3 070 personer/100 000 patienter Öppna jämförelser 2014 (värde för år 2013)	Ska minska	Öppna jämförelser 2017 (värde för år 2016)
Patienter vid habiliteringen med röst-, tal- och språkstörningar samt patienter med nedsättning av läs- och skrivförmåga ska erbjudas samma vård som andra patientgrupper i landstinget.	Ej tidigare mätt	100%	Verksamheten

3.1.4 Psykiatri- & habiliteringsnämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet Medborgare och patienter har stort förtroende för Landstinget Blekinges verksamheter

Att ha befolkningens förtroende och ha en hög patientnöjdhet är en av förvaltningens målsättningar. Förtroendet för den vård som bedrivs inom förvaltningen beror bland annat på uppfattningen om hur väl verksamheten lever upp till sitt uppdrag, trovärdighet, pålitlighet och den känsla av trygghet som förmedlas till patienterna. Det kräver bland annat att alla Blekingebor känner att vården är tillgänglig och att en hälso- och sjukvård med hög kvalitet finns tillhands när

de är i behov av den. Andra viktiga delar av förtroendet är upplevelsen av bemötandet och att medborgare uppfattar att vården ges på lika villkor utifrån vårdbehov. Förtroende skapas i den direkta eller indirekta kontakten med vården och patienter och anhöriga ska vara trygga och delaktiga i vården.

Genom att delta i den Nationella Patientenkäten har förvaltningen tidigare kunnat följa ett flertal parametrar, bl.a. hur stort förtroende patienterna har för vården, hur de värderar sin vård, i vilken utsträckning patienterna känner sig delaktiga i beslut om sin egen vård och behandling i den omfattning de önskar samt om de anser sig ha fått tillräcklig information av sin vårdgivare.

Den nationella patientenkäten har genomförts ungefär vartannat år för förvaltningens verksamheter men kommer att ändra form fr o m 2017. Under hösten 2016 ska SKL utforma en ny typ av patientenkät för psykiatri som administreras lokalt 2017 och som sedan samlas in för nationell sammanställning och redovisning. Vilka frågor som kommer att ställas i den nya enkäten är ännu inte bestämt varför nedanstående indikatorer måste ses som preliminära.

Bemötandet är mycket viktigt för patientens förtroende för verksamheten. Bemötandet är särskilt viktigt för patientgruppen med självskadebeteende och förvaltningen kommer därför att genomföra en särskild bemötandebildning för personalen som träffar denna patientgrupp.

Indikator	Ingångsvärde	Målvärde 2017	Uppföljning och källa
Andel patienter som uppger att de har förtroende för vården	Ej tidigare mätt	X%	Nationell patientenkät
Andel patienter som uppger att de har nytta av vården	Ej tidigare mätt	X%	Nationell patientenkät
Genomförd bemötandebildning för personal inom vuxenpsykiatri	Ej tidigare mätt	Genomförd utbildning	Manuell uppföljning

3.1.5 Psykiatri- & habiliteringsnämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet En trygg och säker hälso- och sjukvård

Patientsäkerhet

Indikator: Journalgranskning Andelen journaler med indikator för vårdskada samt andelen patienter över 75 år med olämpliga läkemedel

Patientsäkerhetsarbetet är viktigt inom vården. Om det brister kan det leda till allvarliga konsekvenser för både patienter och medarbetare. För att mäta patientsäkerheten har ett patientsäkerhetsindex som avser Landstinget Blekinges verksamhet utarbetats. I indexet mäts andelen vårdrelaterade infektioner, överbeläggning, trycksår, basala hygienrutiner och klädregler, andelen äldre över 75 år med olämpliga läkemedel samt andelen journaler med indikatorer för vårdskada. Vissa patientsäkerhetsområden rör främst den somatiska vården, medan andra även för psykiatri/habilitering så som t.ex andelen journaler med indikatorer för vårdskada samt patienter över 75 år med olämpliga läkemedel. Indexet beräknas genom att 100% subtraheras med andelen (%) med indikator för vårdskada. Målet bör vara att komma så nära 100 som möjligt.

Indikator: Patientsäkerhetskulturmetning för överlämningar och överföring av information

Med patientsäkerhetskultur avses bl a förhållningssätt, normer och attityder hos individer och grupper som har betydelse för patientsäkerheten. Säkerhetskulturen är en del av organisationskulturen och baseras på skrivna och oskrivna regler, uttalade och outtalade uppfattningar och värderingar vilket tillsammans påverkar vårt handlande. Säkerhetskulturmätningar sker i riskfyllda verksamheter och har skett inom sjukvården internationellt under flera år. Med hjälp av en enkät i kombination med annat informationsunderlag, ska ett förbättringsarbete bedrivas som på sikt kan leda till att minimera riskerna för undvikbara vårdskador. Syftet med mätningen av patientsäkerhetskulturen är att kartlägga styrkor och svagheter i patientsäkerhetskulturen, se vilka förbättringsområden som finns, öka insikten hos både medarbetare och chefer samt undersöka attityder och normer. Resultaten redovisas i andel medarbetare som helt eller delvis svarat positivt på det påståendet de ställts inför. Resultatet kan variera från 0 till 100, ju högre värde desto bättre. Resultat under 50 är att betrakta som prioriterade medan resultat över 70 skall ses som tillfredställande. I psykiatri- och habiliteringsförvaltningens handlingsplan för Patientsäkerhetskulturmätningen 2014 identifierades tre förbättringsområden. Dessa är benägenhet att rapportera händelser, överlämningar och överföringar av patienter samt samarbete mellan vårdenheterna. Som indikator för 2017 har överlämningar och överföringar av patienter valts ut då vårdövergångar har stor betydelse för patientsäkerheten inom psykiatrin.

Kvalitetsarbete

Förvaltningen har sedan ett par år tillbaka ett strukturerat arbete kring kvalitet i vården som bygger på Socialstyrelsens God vård. Ett flertal kvalitetsindikatorer mäts varje år. Ett antal områden har identifierats där olika åtgärder pågår för att höja kvalitet och patientsäkerhet, främst genom internt arbete. Målet med kvalitetsarbetet är att säkra och ständigt förbättra kvaliteten inom förvaltningens samtliga verksamhetsgrenar utifrån fastställda inriktningsmål och tillgängliga resurser. För år 2017 kommer följande kvalitetsindikatorer att ha specifikt fokus:

Indikator: Minskat hyrläkarberoende

Minskat hyrläkarberoende är en mycket viktigt patientsäkerhetsfråga inom förvaltningen. Kontinuitet i läkarbemanningen ger förutsättningar för en god patientsäkerhet, bättre kvalitet i vården samt större kontinuitet för patienterna. En indikator för trygg och säker hälso- och sjukvård är därför att minska hyrläkarberoendet.

Indikator: Andel av de patienter som vårdats inom den slutna vården som följs upp via ett inplanerat besök inom öppenvården

Indikatorn mäter hur stor andel av de patienter som vårdats inom den slutna vården som följs upp via ett inplanerat besök inom öppenvården. Många patienter är sköra precis efter en utskrivning och det kan då vara en trygghet för både personal och patienter att ha en redan inbokad tid för besök inom öppenvården. Risken för att patienten "hamnar mellan stolarna" minskar också.

Indikator: Återinskrivningar

Indikatorn mäter hur stor andel av avslutade vårdtillfällen som följs av en ny inskrivning.

Indikator: Uppföljande samtal efter tvångsinsats

För en liten del av de patienter som vårdas med LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) förekommer tvångsinsatser. Det är viktigt att de här patienterna får erbjudande om uppföljande samtal efter insatsen och att dessa genomförs inom kort tid, för att om möjligt förebygga denna typ av insatser.

Indikator: Andel patienter som vid möten med habiliteringen får en skriftlig sammanfattning av mötet

Inom habiliteringen får patienter vid behandling, aktivitet, introduktion och justering av hjälpmedel samt vid medicinsk behandling en skriftlig sammanställning med svar på frågorna: Vad? Var? Med vem? Hur länge? När? Varför? innan mötet avslutas.

Indikator	Ingångsvärde	Målvärde 2017	Uppföljning och källa
Patientsäkerhet			
Journalgranskning: Andelen journaler med indikator för vårdskada	Resultat i 2016 års bokslut	150 journaler granskas 2017	Manuell uppföljning
Andel patienter över 75 år med olämpliga läkemedel	Mätvärde 2016	Minskning med minst 15%	Manuell uppföljning
Patientsäkerhetskulturmätning för överlämningar och överföring av information	Resultat i 2014 års mätning: 47	Resultat i 2017 års mätning: 70	Patientsäkerhetskultur-mätning 2017
Kvalitetsarbete			
Andel arbetade timmar hyrläkare	Värde bokslut 2016	Andelen ska minska jämfört med 2015	Manuell uppföljning
Andel av de patienter som vårdats inom den slutna vården som följs upp via ett inplanerat besök inom öppenvården	Resultat i 2016 års mätning	70% avslutade vårdtillfällen följs upp inom 4 veckor	Manuell uppföljning
Andel avslutade vårdtillfällen som följs av ett nytt vårdtillfälle inom 28 dagar respektive 3 månader	Resultat i 2016 års mätning	Max 25% inom 3 månader och max 10% inom 28 dagar	Manuell uppföljning
Andel av tvångsvårdsinsatserna som följs upp med uppföljande samtal inom 4 dagar.	Resultat i 2016 års mätning	90%	Manuell uppföljning
Andel av nyinskrivna patienter i psykiatri vars anhöriga kontaktas inom två dygn, med patientens medgivande	Resultat i 2016 års mätning	90%	Manuell uppföljning
Andel patienter som vid möten med habiliteringen får en skriftlig sammanfattning av mötet	Resultat i 2016 års mätning	50%	Manuell uppföljning

3.1.6 Psykiatri- & habiliteringsnämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet En hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus

Tillgången på psykiatrisk vård och habilitering skall vara fördelad på lika villkor över länet och mellan olika befolkningsgrupper. Vård skall ges på lika villkor oavsett kön, ålder eller andra personrelaterade egenskaper. Det innebär att förvaltningen särskilt skall sätta fokus på de grupper i samhället som har svårt att föra sin egen talan så att deras vårdbehov blir lika väl tillgodosett som den övriga befolkningens. Bemötande är en viktig faktor för att skapa en bra och tillitsfull allians med patienten, vilket är väsentligt både inom psykiatrisk vård och habilitering. Förvaltningen har vid flera mätningar via både egna och den nationella patientenkäten fått kvitto på att bemötandet är mycket bra och inga skillnader kan ses mellan olika bakgrundsfaktorer – så långt de går att mäta.

För att öka patienternas förtroende och förbättra vården för den enskilde patienten är det viktigt att patienten ges möjlighet att delta mer i beslut som rör den egna vården och behandlingen. I

resultatet från den nationella patientenkäten för vuxenpsykiatri år 2014, syntes en tydlig koppling mellan delaktighet och patientnöjdhet, vilket gör att arbetet med att få patienterna mer delaktiga i beslut kring den egna vården är en viktig målsättning.

Den nationella patientenkäten har genomförts ungefär vartannat år för förvaltningens verksamheter men kommer att ändra form fr o m 2017. Under hösten 2016 ska SKL utforma en ny typ av patientenkät för psykiatri som administreras lokalt 2017 och som sedan samlas in för nationell sammanställning och redovisning. Vilka frågor som kommer att ställas i den nya enkäten är ännu inte bestämt varför nedanstående indikatorer måste ses som preliminära.

För att öka patienternas förtroende och förbättra vården för den enskilde patienten är det viktigt att patienten ges möjlighet att delta mer i beslut som rör den egna vården och behandlingen. För varje patient ska en behandlingsplan (för psykiatri) eller en habiliteringsplan (för habiliteringen) tas fram i samverkan mellan vårdgivare och patient. I resultatet från den nationella patientenkäten för vuxenpsykiatri, syntes en tydlig koppling mellan delaktighet och patientnöjdhet, vilket gör att arbetet med att få patienterna mer delaktiga i beslut kring den egna vården är en målsättning.

Indikator	Ingångsvärde	Målvärde 2017	Uppföljning och källa
Andel patienter som uppger att de fått ett bra bemötande	Ej tidigare mätt	X%	Nationell patientenkät
Andel patienter som känner delaktighet i beslut om vård och behandling i den omfattning de önskar	Ej tidigare mätt	X%	Nationell patientenkät
Andelen patienter inom psykiatri öppenvård som har en upprättad behandlingsplan respektive patienter inom habiliteringen som har en upprättad habiliteringsplan	Faktiskt värde i årsbokslut 2016	80% Gäller patienter som har tre besök eller mer under året.	Blues

3.2 Aktivt klimat och miljöarbete för hållbara livsmiljöer

3.2.1 Övergripande mål i landstingsplanen

Landstinget ska vara en trovärdig folkhälsoaktör i det regionala miljö- och hållbarhetsarbetet genom att främja en god hälsa och aktivt arbeta för friska livsmiljöer. Miljö- och hållbarhetsprogram och målen i landstingsplanen ska bidra till ett offensivt arbetssätt. Vi ska följa upp utvecklingen i verksamheten och måluppfyllelsen löpande och systematiskt och redovisa den öppet.

Landstinget ska systematisera och integrera miljö- och hållbarhetsarbetet på alla nivåer och det ska genomsyra hela vår verksamhet och våra processer. Vi ska eftersträva ständiga miljö- och hållbarhetsförbättringar i enlighet med landstingets miljö- och hållbarhetsplan. Det ska vara en naturlig del av all planering och allt kvalitets- och utvecklingsarbete. Det är särskilt viktigt att tillämpa dessa frågor i investeringsprocessen. Långsiktigt hållbara investeringar kan göra stor positiv skillnad för kommande generationers möjligheter till en hållbar utveckling. Våra medarbetare ska stimuleras att ta ansvar och initiativ som går i en hållbar riktning.

Genom att särskilt föra fram folkhälsoperspektivet inom ramen för aktiva regionala utvecklingsinsatser, ska landstinget bidra till länets utveckling och skapa förutsättningar för ett hållbart samhälle och en god livsmiljö.

Miljö- och hållbarhetskrav i upphandling är ett av landstingets viktigaste verktyg i bidraget till en hållbar utveckling. Att vi väljer material, produkter och tjänster utifrån ett miljö- och hållbarhetsperspektiv är en naturlig del i verksamheten. Det styrs och följs upp genom miljö- och hållbarhetsplanens införande. Tidigare satta mål i landstingsplanen att ställa miljökrav och sociala och etiska krav i leverantörsledet vid upphandlingar har landstinget nått.

Målområdet aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer innehåller två inriktningsmål:

- Landstinget Blekinges miljö- och hållbarhetsplan implementeras i relevanta delar i samtliga förvaltningar.
- Landstinget Blekinges förvaltningar arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar

3.2.2 Psykiatri- & habiliteringsnämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet Miljö- och hållbarhetsplanen implementeras i relevanta delar i samtliga förvaltningar

En god hälsa förutsätter en god miljö. Som huvudansvarig för hälso- och sjukvården har landstinget ett ansvar att vara föregångare i miljöarbetet och har därför en särskild miljöplan som syftar till att minska de eventuella miljöproblem som uppstår i samband med landstingets roll som direkt verksamhetsutövare.

Verksamheten inom psykiatri- och habiliteringsförvaltningen är inte någon speciellt miljöfarlig verksamhet. Det övergripande målet är att verksamheten skall bedrivas så att hälsorisker och negativ miljöpåverkan aktivt minimeras i enlighet med regionala och nationella miljömål. Ett aktuellt område inom förvaltningen är att ökat patienters och personals kunskap om läkemedels miljöeffekter.

Indikator	Ingångsvärde	Målvärde 2017	Uppföljning och källa
Öka patienternas och personalens kunskap om läkemedlens miljöeffekter		4 basenheter deltar i informationskampanj	

3.2.3 Psykiatri- & habiliteringsnämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet Landstinget Blekinges förvaltningar arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar

Förvaltningens mål är att miljö- och hållbarhetsarbetet ska integreras och systematiseras på alla nivåer och vara en naturlig del av verksamhetens övriga kvalitets- och utvecklingsarbete.

Indikator	Ingångsvärde	Målvärde 2017	Uppföljning och källa
Arbeta fram en miljöstrategi för förvaltningen i enlighet med landstingets miljö- och hållbarhetsplan	Strategi saknas	Upprättad strategi	Verksamheten

3.3 Hållbar kostnadsutveckling för en långsiktigt stabil ekonomi

3.3.1. Övergripande mål i landstingsplanen

Landstinget ska enligt kommunallagen ha en god ekonomisk hushållning och bedriva verksamheten på ett kostnadseffektivt och ändamålsenligt sätt. God ekonomisk hushållning är en förutsättning för en långsiktigt stabil ekonomi som ger oss möjlighet att ge medborgarna en god hälso- och sjukvård och samtidigt ha utrymme att möta framtidens utmaningar.

Budgeten är landstingets huvudsakliga styrinstrument. Ett aktivt utvecklingsarbete med tydliga rutiner för uppföljning och kontroll av budgetföljsamhet är därför en viktig del i arbetet för att kvalitetssäkra beslutsunderlag och följa upp ekonomiska effekter av fattade beslut.

Investeringar utgör en betydelsefull påverkan på landstingets verksamhet och ekonomi. Landstinget har därför en väl utvecklad investeringsprocess och upprättar årligen en treårig investeringsplan. Investeringarna i planen prioriteras enligt gällande verksamhetsmål och inriktningsbeslut och innehåller driftsekonomiska effekter av respektive investering.

För att garantera att landstinget bedriver god ekonomisk hushållning och inte skjuter kostnader på framtiden som då drabbar kommande generationer, har det övergripande målet om en långsiktigt stabil ekonomi brutits ner i två inriktningsmål:

- Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med god kostnadskontroll.
- Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med långsiktig ekonomisk planering.

3.3.3 Nämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet Verksamheten bedrivs med god kostnadskontroll

Förvaltningens ekonomiska mål är att klara den verksamhet och de åligganden som finns i verksamhetsplanen inom tilldelad budget. En stabil ekonomi skapar förvaltningen genom att verksamheten drivs på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. En kontinuerlig uppföljning av verksamhetens resultat görs på flera nivåer för att få en kostnadsmedvetenhet ute i organisationen. Varje månad följs resultat och budget upp per ansvarsområde och bedömning görs på hur förvaltningens helårsresultat landar. Dialogmöten genomförs minst tre gånger om året med de fem basenheternas ledningsgrupper. Efter varje möte tas en åtgärdslista fram på vad enheten behöver åtgärda till nästa möte.

Förutom det övergripande målet om budget i balans finns det mål för kostnadernas utveckling. För att nå en god kostnadskontroll följer förvaltningen kostnadsutvecklingen inom områdena: personal, köpt vård och läkemedel. Dessa tre områden står för de största kostnadsposterna i förvaltningen.

Indikator	Ingångsvärde	Målvärde 2017	Uppföljning och källa
Budgetföljsamhet för förvaltningen	Ej relevant	Ingen eller positiv resultatavvikelse jämfört med budget	Raindance
Utveckling av verksamhetens kostnader	Ej relevant	Lika eller lägre kostnads-	Manuell uppföljning

		utveckling än i gällande budget	
--	--	---------------------------------	--

3.3.5 Nämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet Verksamheten bedrivs med långsiktig ekonomisk planering

Läkarsituationen är sedan flera år tillbaka ansträngd med stort vakansläge vilket medför att förvaltningen måste anlita hyrläkare. Detta ger inte bara en hög kostnad utan kan också ses som en patientsäkerhetsrisk. Därför jobbar förvaltningen både långsiktigt och kortsiktigt med att minska hyrläkarberoendet.

Indikator	Ingångsvärde	Målvärde 2017	Uppföljning och källa
Kontinuerligt arbeta med att minska hyrläkarkostnaden i förvaltningen	Värde bokslut 2016	Minskad kostnad	Raindance

3.4 Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter

3.4.1 Övergripande mål i landstingsplanen

Landstinget Blekinge ska vara en attraktiv arbetsgivare. Ett systematiskt förbättrings- och utvecklingsarbete, utifrån arbetsplatsnära behov och förutsättningar, ska bidra till goda villkor för lärande, delaktighet och en sammanhållen värdegrund.

Ett gott medarbetarskap ska prioriteras, med fokus på genomförda medarbetarsamtal och kompetensutveckling. Landstinget ska erbjuda heltidstjänstgöring med möjlighet till önskad sysselsättningsgrad och verksamheterna ska arbeta med attitydförändring och för jämställda villkor.

Medarbetarnas engagemang i förbättrings- och utvecklingsarbetet ska tas tillvara genom utrymme för dialog och processer för ökad delaktighet. Den interna kommunikationen är ett viktigt redskap för kunskapsspridning om organisation, utvecklingsprocesser, verksamhetsmål och resultat.

Det övergripande målområdet engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter innehåller två inriktningsmål:

- Landstinget Blekinge är en attraktiv arbetsgivare.
- Landstinget Blekinges medarbetare har en god arbetsmiljö.

Kompetenta och stolta medarbetare är de bästa ambassadörerna för verksamheten och en förutsättning för att klara den framtida personal- och kompetensförsörjningen samt att ge patienterna ett bra bemötande och en god vård. Inom en tioårsperiod kommer omkring 40 % av psykiatrins medarbetare att avsluta sitt arbetsliv med pension. För att bibehålla dagens kvalitet i vården och få framgång i rekryterings- och kompetensförsörjningen krävs investeringar i medarbetare såsom kompetensutveckling, handledning, konkurrenskraftig lön samt att skapa förutsättningar för medinflytande och goda arbetsplatser.

Det är också viktigt att alla medarbetare, mot bakgrund av verksamhetens mål och ekonomiska resurser, ges möjligheter att påverka det egna arbetet, den egna sysselsättningsgraden och arbets-

tidens förläggning. Detta är insatser som är rekryteringsbefrämjande samt ökar trivselsn, ansvars- tagandet och engagemanget

3.4.3 Nämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet Attraktiv arbetsgivare

För att kunna driva en verksamhet i ständig utveckling krävs det engagerade medarbetare och chefer. Ett aktivt medarbetarskap i psykiatri och habiliteringen utgår från ett professionellt förhållningssätt, som innefattar allas ansvar för att verksamheten bedrivs effektivt och når målen. Att målen för verksamheten är tydliga och att alla medarbetare ges möjlighet att se sin del i helheten är en förutsättning för ett aktivt medarbetarskap. Ett gott ledarskap bygger på ömsesidig respekt mellan chef och medarbetare där alla vill vara engagerade och ta ansvar. Att bli sedd och få återkoppling på hur chefer och arbetskamrater uppfattar arbetet är en annan viktig aspekt.

Indikator	Ingångsvärde	Målvärde 2017	Uppföljning och källa
Index för hållbart medarbetarengagemang (HME).	78 (2015)	Som 2016 eller högre	Enkät
Den externa personalrörligheten i procent (exklusive pensionsavgångar).	3,2 (2014)	3,5 eller lägre	Blues

3.4.5 Nämndens indikatorer, målvärden och insatser inom inriktningsmålet En god arbetsmiljö

Förvaltningen bedriver verksamheter där arbetssättet ställer krav på en mångsidig och tvärprofessionell personalsammansättning och en anpassad verksamhetsorganisation. Inriktningen är att samtliga yrkeskategoriers kompetens tas tillvara och inte under- eller överutnyttjas. Syftet är också att frigöra så mycket tid som möjligt för direkt patientarbete samt att ha tydliga roller och ansvarsområden i linje med gällande lagstiftning och reella kompetenser. Förvaltningen kommer arbeta vidare med att förbättra kvalitén i kompetensförsörjningsplanerna som tagits fram.

För att behålla kvaliteten i vården krävs att läkarsituationen förbättras. Förvaltningen har för närvarande ett 50 procentigt vakansläge, inom vuxenpsykiatri, och har därför hyrläkare. Även habiliteringen har en vakant läkartjänst med 50%. Förvaltningen arbetar aktivt för att rekrytera ST-läkare, vilket vi ser är den långsiktiga lösningen för att minska hyrläkarbehovet. Prognosen fram till år 2020 avseende psykiater visar dock att bristen kommer att öka ytterligare p.g.a. pensioner, vilket är mycket oroande. Förvaltningen deltar i SKL's arbete med hur ett avskaffande av hyrläkarberorende inom psykiatri skulle kunna bli möjligt. Som en del i detta arbete håller förvaltningen på att identifiera olika förbättringsåtgärder inom vår verksamhet.

Parallellt med arbetet att anställa ST-läkare arbetar förvaltningen med att försöka anställa överläkare genom att kontinuerligt annonsera, anlita rekryteringsfirma och delta i flera rekryterings mässor. För att möjliggöra rekrytering krävs det att både psykiatri och habiliteringen i Blekinge är attraktiva arbetsgivare. Inom förvaltningen pågår flertalet aktiviteter för att på olika sätt blir en mer attraktiv arbetsgivare för läkarna.

Förvaltningen kommer inte heller under år 2016 att kunna rekrytera tillräckligt många läkare utan behovet av hyrläkare kvarstår.

Indikator	Ingångsvärde	Målvärde 2017	Uppföljning och källa
Index arbetsmiljö	Värde bokslut 2016	Som 2016 eller högre	Årsredovisning/ extern resurs
Andelen arbetade timmar hyrläkare	Värde bokslut 2016	Ska minska jämfört med 2016	Manuell uppföljning

4. Framtidens hälso- och sjukvård

4.1 Bakgrund

Med framtidens hälso- och sjukvård menas: ”Framtidens hälso- och sjukvård är landstingets samlade utvecklingsstrategi. Den ska hjälpa oss att rikta vår kraft åt samma håll och göra att invånarna får en god vård även i framtiden”.

Framtidens hälso- och sjukvård bygger på strategierna närsjukvård, koncentrerad vård, vårdssamverkan samt nya arbetssätt och roller.

Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen genomförde i maj 2016 en workshop för ledningsgruppen och för samtliga avdelningschefer på temat framtidens hälso- och sjukvård. Syftet var att utforska vad de centrala begreppen i Framtidens hälso- och sjukvård; Närsjukvård, Vårdssamverkan och Koncentrerad vård betyder för landstinget som helhet och för psykiatri och habiliteringen som en del i en större helhet. Frågor ställdes om vad som görs idag och vad som kan utvecklas inom ramen för strategierna för framtidens hälso- och sjukvård. Nedan redovisas ett urval av de frågor som belystes på workshopen.

Hur materialet från workshopen ska användas och vilka verksamheter som ska utvecklas vidare har ännu inte diskuterats av förvaltningsledningen, med de övriga förvaltningarna inom landstinget eller med nämnden för psykiatri och habilitering. Redovisningen ska därför ses som exempel på möjliga utvecklingsområden som måste utredas vidare och samordnas med övriga satsningar inom ramen för framtidens hälso- och sjukvård.

4.2 Närsjukvård

Vad finns idag?

1979 påbörjade sektoriseringen av den psykiatriska verksamheten i Blekinge. Denna process som genomfördes under ett antal år medförde många fördelar för patienterna. Utifrån en psykodynamisk och socialpsykiatrisk grundsyn startades i hela länet kliniker med ett befolkningsunderlag på 30 000 vardera och samma upptagningsområden som kommunerna. Öppenvårdsmottagningarna blev verksamheten viktigaste enhet. Slutenvården bantades drastiskt och flyttades ut från Gullberna sjukhus (ca 800 vårdplatser på 1950-talet) till allvårdsavdelningar, en för varje sektorsklirik.

Idag har psykiatri mottagningar, mellanvård och dagpsykiatri i fem kommuner och slutenvård i Karlshamn och Karlskrona. Utvecklingen mot färre vårdplatser har fortsatt även efter

sektoriseringen och reducerats från ca 200 på 1990-talet till att nu uppgå till 46 vårdplatser. Slutenvården har möjlighet till direktinläggning och vid utskrivning erbjuds vid behov tid för uppföljande besök i öppenvården. Antalet slutenvårdsplatser ligger nu under riksgenomsnittet räknat per 100 000 invånare och räcker inte till vid toppar vilket gör att en process startats för att utöka antalet platser något (4 st).

Öppenvården har ett väl utvecklat teamarbete, akut- och rådgivningsteam, möjlighet till hembesök och i viss utsträckning mobila team.

Vad kan utvecklas?

Primärvården och psykiatrin har ett gemensamt ansvar för patienter med psykisk ohälsa. Primärvården har ansvar för patienter med lättare psykiatriska tillstånd och psykiatrin för de tillstånd som kräver specialistvård. För patienterna kan det vara svårt att veta vart man ska vända sig och de professionella har inte alltid samma syn på vilken organisation som har ansvar för patienten. Dessutom kan patientens tillstånd förändras över tid och ibland behöva primärvårdens hjälp och ibland psykiatris hjälp. Ett sätt att lösa detta problem är att organisera "en väg in" till både primärvården och psykiatrin. Patienten skulle då få en gemensam bedömning av primärvårdens och psykiatris personal och sedan slussas till rätt organisation. Ett annat sätt skulle kunna vara att primärvården och psykiatrin organiserar gemensam mottagning och öppenvård för patienter med psykisk ohälsa.

Arbetet med mobila team kan utökas ytterligare. Psykiatrin skulle t ex kunna införa ett mobilt psykiatriskt akutteam för bedömning av psykiatriska hälsotillstånd i kombination med berusning för att kunna ge insatser på den plats där patienten befinner sig istället för att transportera patienten till somatisk eller psykiatrisk akutmottagning.

För att kunna samplanera den somatiska och psykiatriska vården behövs en gemensam modell för vårdplanering. Psykiatrin har arbetat framgångsrikt med samordnad individuell plan, SIP, och skulle vilja sprida detta verktyg och göra det väl känt och etablerat även i den somatiska vården. Detta för att möjliggöra samtidiga och samordnade insatser från den psykiatriska och somatiska vården.

Det preventiva arbetet kan utökas, bl a genom att ta in nya yrkeskategorier i den nära vården (t ex specialpedagoger) och utöka den framgångsrika gruppverksamheten för unga vuxna som nu endast finns i östra Blekinge till att omfatta hela länet.

4.3 Koncentrerad vård

Vad finns idag?

Vuxenpsykiatrin har sedan 2010 en läns-gemensam basenhet med öppen- och slutenvård för akuta tillstånd, beroende och särskilt vårdkrävande patienter placerad i Karlskrona med syfte att serva alla innevånare i länet.

I den läns-gemensamma enheten finns läns-gemensam slutenvård i form av psykiatrisk akut- och intensivvårdsavdelning samt beroendeavdelning.

Den psykiatriska akutavdelningen tar emot psykiatripatienter som behöver heldygnsvård i det akuta skedet, patienter vars vårdbehov inte kan tillgodoses på andra avdelningar på grund av t ex hot och våldssituationer. Patienten förväntas ha en kortare vårdtid (1-7 dygn).

Den psykiatriska intensivvårdsavdelningen tar emot patienter som behöver särskild avskildhet och patienter vars vårdbehov inte kan tillgodoses på andra avdelningar, t ex starkt utåtagerande och/eller självdestruktivt beteende. Vårdkrävande patienter med långa vårdtider (upp till ett år).

Beroendeavdelningen tar emot patienter för planerad tillnyktring i samverkan med kommunerna, ansvarar för abstinensbehandling, utredning, medicininställning och läkemedelsnedtrappning som inte kan genomföras i öppenvård.

I den läns-gemensamma enheten finns också en beroendemottagning för Läkemedels Assisterad Rehabilitering vid Opiatberoende (LARO) och för samsjuklighet, en ätstörningsenhet med mottagning och mellanvård, en sexologisk mottagning med utredning och öppenvård, en minnesmottagning för utredning av demenssjukdom och ett äldreteam som arbetar konsultativt gentemot kommunernas geriatriska verksamhet.

Även barn- och ungdomspsykiatri har slutenvård för barn och unga samlad på en plats med syfte att serva alla invånare i länet.

Vad kan utvecklas?

Fördjupade utredningar (t ex neuropsykiatriska utredningar) genomförs idag på fyra olika basenheter; Vuxenpsykiatri Öst, Vuxenpsykiatri Väst, Barn- och ungdomspsykiatri och Habiliteringen. Organisation, utredningsmetoder och väntetider skiljer sig åt mellan enheterna och skulle behöva kvalitetssäkras. En gemensam utredningsenhet för vuxna och en för barn skulle kunna utvecklas för att säkerställa en god kvalitet och jämlik vård i länet.

Inom många landsting bedrivs psykosvården, särskilt slutenvården på särskilda enheter. Då sektoriseringen infördes i Blekinge bestämde man sig för att frångå denna typ av subspecialisering till förmån för geografiskt avgränsade verksamheter. Behovet av en högspecialiserad vård av psykos och andra diagnosgrupper som t ex ätstörning, självskadepatienter och svåra demenser har dock blivit allt tydligare. Vårdtyngden inom slutenvården har ökat till följd av färre slutenvårdsplatser och vårdtiderna i slutenvården förlängs då patienter med olika typer av svåra diagnoser inte kan hållas åtskilda. En mer specialiserad vård på färre utbudspunkter skulle kunna utvecklas. Fördelarna med subspecialisering måste då vägas mot närhetsprincipen.

För att kunna erbjuda fler patienter hjälp kan behandlingsverksamhet i ökad utsträckning genomföras i grupp. Gruppen ger patienterna möjlighet att stödja varandra och ger isolerade patienter nya nätverk. Gruppverksamhet genomförs idag i de olika basenheterna men ibland är patientunderlaget för litet för att kunna organisera en grupp på basenhetsnivå. Grupper där patientunderlaget är litet bör utvecklas till att omfatta alla invånare och bedrivas på en plats i länet.

Habiliteringen är en liten verksamhet som är delad på två orter. Vissa delar av verksamheten har så få tjänster att den geografiska delningen gör att endast svärbemannade deltid kan erbjudas. Habiliteringens sällanbesöksverksamheter skulle kunna koncentreras till en plats i länet.

4.4 Vårdsamverkan

Vad finns idag?

Psykiatrins olika basenheter har en väl utvecklad samverkan med kommunernas socialpsykiatri, individ- och familjeomsorg och skola. Det finns länsövergripande samverkansavtal, lokala samverkansavtal och samverkansgrupper i alla kommuner. Samordnad individuell plan, SIP, och fast vårdkontakt används i allt större utsträckning och underlättar vårdplanering och samverkan på individnivå.

Samarbetet med primärvården regleras i ett gränssnittsdocument som styr patientflöde och remisser. Psykiatrin erbjuder primärvården konsultation i specifika patientärenden.

Det finns också ett välutvecklat samarbete och samarbetsavtal med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Verksamheten arbetar aktivt med att i högre grad involvera anhöriga i patienternas vård och samarbetet med brukarorganisationerna har utvecklats genom en anställd brukarsamordnare.

För att kunna erbjuda insatser för återhämtning från psykisk ohälsa finns ett organiserat samarbete med länets kommuner och Blekinge Kompetens Center som erbjuder gruppverksamheter inom området Kultur och hälsa.

Vad kan utvecklas?

Samarbetet mellan psykiatrins slutenvård och öppenvård kan utvecklas ytterligare med anpassade aktiviteter på mottagningar och avdelningar samt brukarstyrda platser inom slutenvården.

Samarbetet med primärvården behöver utvecklas och ett nytt samarbetsavtal ska tas fram med fokus på samarbete istället för gränsdragning.

Även samarbetet med den somatiska vården behöver utvecklas för att psykiatrins och habiliteringens patienter ska kunna få rätt somatisk vård och behandlas jämlikt med andra patientgrupper.

Psykiatrin skulle kunna utveckla mobila arbetssätt i samarbete med den somatiska vården. Genom att förstärka ambulansen med psykiatrisk kompetens under vissa utvalda tidpunkter, som t ex storhelg/lönhelg eller vid evenemang kan det medicinska omhändertagandet tryggas och säkerställa att påverkade personer av berusningsmedel förs till rätt vårdinstans.

Integrerade verksamheter mellan kommun och landsting kan öka tillgängligheten och underlätta för patienten att söka och få vård. Utveckling skulle kunna ske av integrerade missbruks- och beroendemottagningar där personal från socialtjänsten, psykiatrin och primärvården arbetar under samma tak för patientens bästa. Även kommunernas dagliga verksamhet för psykiskt funktionsnedsatta och vuxenpsykiatrins öppenvård skulle kunna samordnas eller integreras

Ett viktigt utvecklingsområde är samverkan mellan psykiatrin och kommunerna kring utskrivningsklara patienter.

4.5 Nya arbetssätt och roller

Vad görs idag?

För att minska slutenvården har psykiatrin utvecklat nya arbetssätt genom att etablera mellanvård och dagpsykiatri.

För att öka tillgängligheten har akut- och rådgivningsteam etablerats på tre orter i länet och läkemedelsdispensärer för medicinhantering.

Nya terapiformer har utvecklats i form av trädgårdsterapi och hundterapi.

Förebyggande verksamhet har utvecklats i form av gruppverksamheter för unga vuxna.

Vad kan utvecklas?

Psykiatrin kan utveckla team kring vårdkrävande patienter och mobila psykiatriska akutteam.

Samarbetet med patienten kan stärkas genom att utveckla personcentrerad vård och att utöka närstående- och barnperspektivet samt helhetssynen på patienten.

Patientens egenmakt kan stärkas genom att ge patienterna verktyg för att i större utsträckning själv hantera sin sjukdom eller sitt funktionshinder. Detta kan ske med t ex patient- och anhörigutbildningar, gruppverksamhet, självhjälpssystem och brukarstyrda platser i slutenvården.

4.6 Strategiska satsningar

En långsiktig strategisk satsning är att behålla förvaltningens goda tillgänglighet för att undvika att patienter i väntan på vård blir så försämrade att de behöver slutenvård istället för öppenvård. En annan långsiktig strategisk satsning är insatser till gruppen unga vuxna som är en av psykiatrins största patientgrupper. Gruppverksamheter finns både inom vuxenpsykiatrin och i projektform finansierat av Finsam. Ytterligare en strategisk satsning är att arbeta med psykopatienternas somatiska hälsa genom att genomföra regelbundna hälsokontroller.

Ett strategiskt arbete som har påbörjats är att hitta nya samarbetsformer med primärvården. En arbetsgrupp har påbörjat arbetet med att skriva ett samarbetsavtal som ska bli klart under våren 2017. Det vore också intressant att studera närmare om primärvården och psykiatrin skulle kunna organisera gemensam mottagning och öppenvård för patienter med psykisk ohälsa inom ramen för närsjukvård. Primärvården och psykiatrin borde också utarbeta en gemensam strategi och gemensamma mål för att förebygga och behandla den psykiska ohälsan i Blekinge.

I verksamhetsplanen finns ett förslag om resursförstärkning till beroendeenheten. I april månad hade förvaltningen en workshop med länets kommuner och primärvården. Syftet var att utforska möjligheterna att utveckla integrerad verksamhet mellan kommuner och landsting i Blekinge för vård och stöd vid missbruk och beroende. Samtliga kommuner ställde sig positiva till en sådan utveckling och i begäran om resursförstärkning ingår att också utveckla en integrerad verksamhet inom ramen för närsjukvård.

I verksamhetsplanen finns också en begäran om kompensation för uteblivna statsbidrag till barn- och ungdomspsykiatrin. En kompensation innebär att BUP även fortsättningsvis skulle kunna ha mottagningar på tre orter i länet, vilket bidrar till en lättillgänglig vård nära patienterna och underlättar samarbetet med kommunernas skolor och socialtjänst samt primärvårdens första linje för barn och unga.

Då det finns råder platsbrist i slutenvården vid toppar måste slutenvårdsplatserna utökas något (4 platser). I samband med beslut om placeringen av dessa platser ska även möjligheter till

subspecialisering av vuxenpsykiatriens slutenvård utredas inom ramen för framtidens hälso- och sjukvård.

En strategisk satsning som också ska göras inom ramen för framtidens hälso- och sjukvård är att utveckla samverkan på ledningsnivå med kommunerna genom den nya verksamhetsgruppen för Psykisk hälsa/Ifo/Funktionshinder som nu startas av Ledningssamverkan Vård och Omsorg (LSVO). En satsning på ökad kommunsamverkan görs även inom ramen för SKLs satsning ”Uppdrag psykisk hälsa” där kommunerna och landstinget genomför en gemensam analys och handlingsplan för satsningar på den psykiska hälsan i länet. Inom ramen för uppdraget finns även medel till särskilda insatser för barn och unga som ska användas till att utveckla första linjen för barn och unga i primärvården i hela länet enligt Kallingemodellen. En utbyggnad av första linjen bidrar till en lättillgänglig vård nära patienterna och underlättar samarbetet med kommunernas skolor och socialtjänst.

Ytterligare en strategisk satsning för att öka kommunsamverkan är att vara pilot för SKL för att utveckla ett digitalt verktyg för samordnad individuell plan, SIP. Ett digitalt verktyg för SIP skulle väsentligt underlätta samverkan på individnivå mellan kommuner och landsting.

5. Budget

5.1 Förslag till budgetfördelning per basenhet för 2017

Nedan presenteras ett förslag till budgetfördelning av den budgetram som beslutats om i planeringsförutsättningarna för 2017. Utgångspunkt för budgetramarna för landstingets nämnder och förvaltningar 2017-2019 är den ekonomiska plan för 2017-2018 som fastställdes av Landstingsfullmäktige 30 november 2015. Inga nya satsningar för 2017 finns med i den föreslagna budgetramen.

	Satsningar	Budget totalt
	2017	2017
VUP Öst	600,0	95 024,2
<i>Intäkter</i>		-3 900,0
<i>Personal</i>	600,0	79 148,2
<i>Drift</i>		19 464,0
<i>Kapital</i>		312,0
VUP Väst	400,0	71 509,8
<i>Intäkter</i>		-3 600,0
<i>Personal</i>	400,0	57 174,8
<i>Drift</i>		17 845,0
<i>Kapital</i>		90,0
LP	0,0	60 300,6
<i>Intäkter</i>		-3 510,0
<i>Personal</i>		51 973,6
<i>Drift</i>		11 768,0
<i>Kapital</i>		69,0
VUP	1 000,0	226 834,6
<i>Intäkter</i>		-5 510,0
<i>Personal</i>	500,0	41 542,0
<i>Drift</i>		10 932,9
<i>Kapital</i>		63,4
BUP	500,0	47 028,3
<i>Intäkter</i>		-1 600,0
<i>Personal</i>	500,0	31 368,9
<i>Drift</i>		17 030,6
<i>Kapital</i>		143,6
HAB	500,0	46 943,1
<i>Intäkter</i>		-400,0
<i>Personal</i>	3 600,0	37 356,0
<i>Drift</i>		66 760,0
<i>Kapital</i>		20,0
Gemensamt	3 600,0	103 736,0
Summa:	5 600,0	424 542,0

5.2 Förklaring till budgetfördelning

I förslaget till budgetfördelning finns inte lönerevision för 2016 med. Köpt högspecialiserad vård och öppenvårdsläkemedel är inte uppräknade. Eventuella ökade avskrivningskostnader kommer vid det definitiva beslutet. Budgeten har fördelats till de olika basenheterna enligt samma fördelningsmodell som tidigare år.

I budgetförslaget har medel till den prioriterade satsningen uppgående till 2 mnkr under 2016 och 2017 fördelats enligt följande:

0,5 mnkr till barn- och ungdomspsykiatri och 0,5 mnkr till habiliteringen för att kunna behålla den förstärkta vårdgarantin för barn med start av utredning inom 30 dagar.

0,6 mnkr till Vuxenpsykiatri Öst och 0,4 mnkr till VUP Väst för att halvera kötiden för vuxna som bedömts behöva fördjupad utredning under 2016.

Satsningar på utökning av antalet ST-block med 3,6 mnkr för år 2016.

5.3 Uppdrag som förvaltningen inte klarar inom ovanstående budget

Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen har sedan år 2008 genomfört besparingsåtgärder motsvarande 35 mkr. Genomförda åtgärder, vilka har varit genomgripande, har inneburit en vidareutveckling och kostnadseffektivisering av psykiatri och habiliteringen. En del av besparingarna resulterade i resursbrister som fortfarande finns kvar i verksamheten och medför svårigheter att hålla vårdgarantin på vissa enheter, en alltför hög arbetsbelastningen samt brister i arbetsmiljön för en del av de anställda.

Psykiatri och habiliteringen i Blekinge har under många år arbetat för att hålla tilldelad budget och inte utökat verksamheten när patienternas vårdbehov ökat. Antalet patienter har successivt ökat till följd av den ökade psykiska ohälsan i samhället och förväntas öka ytterligare med den befolkningsökning med bl a många nyanlända som ägt rum i Blekinge. Antalet slutenvårdsplatser har minskats kraftigt och ligger nu under riksgenomsnittet per 100 000 invånare. Platsbrist råder vid toppar och möjligheten till ytterligare besparingar i slutenvård saknas. Behov av resurstillskott finns därför nu inom många av förvaltningens områden och nedan presenteras de viktigaste områdena.

5.3.1 Beroendemottagningen

Beroendemottagningen har 4,0 tjänster med en budget på 2,4 mkr för personal och 0,4 mkr för drift. Mottagningen tar idag emot patienter med opiatmissbruk och samsjuklighet men är inte dimensionerad för den stora ökningen av antalet patienter som skett de senaste åren och inte heller för att ta emot patienter med läkemedels- och dopningsmedelsmissbruk.

Blekinge var 2010 sist i Sverige med att införa LARO-behandling och verksamheten har därför varit under uppbyggnad och utveckling. Antalet besök till beroendemottagningen har ökat från 653 år 2010 till 4 352 år 2015 och antalet patienter har ökat från 21 år 2010 till 104 år 2015. När mottagningen startade var personalbemanningen på 4,0 tjänster dimensionerad till dåvarande patientgrupp, den stora ökningen av antalet patienter sedan starten har medfört att verksamheten nu är underbemannad. Den stora ökningen av patienter har också lett till att lokalerna blivit för små vilket medfört säkerhetsrisker för såväl patienter som personal.

Förutom att de ursprungliga patientgrupperna har ökat (opiatmissbruk, samsjuklighet) finns även andra patientgrupper som har rätt till och söker vård. Det gäller

- 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.
- Patienter med dopningsmedelsmissbruk.

Mottagningen har sedan den 1 maj intagningsbegränsning då den inte har klarat att emot ett större antal patienter. Sedan intagningsbegränsningen trädde ikraft har det t o m augusti kommit in 20 patientremisser som inte har kunnat tas emot. Patienterna har antingen ställts på kö eller återremitterats till primärvården alternativt vuxenpsykiatri.

För att kunna ta hand om både nuvarande patientgrupper och de nya patientgrupperna finns behov av budgetmedel till fler personella resurser och läkemedel samt större lokaler. Vad gäller personalresurser behövs fem nya sjukskötersketjänster, en tjänst som kurator, en tjänst som psykolog, en tjänst som medicinsk sekreterare och en tjänst som läkare. Knappt hälften av besöken kommer från västra Blekinge. Om förvaltningen får denna resursförstärkning finns möjlighet att även bedriva mottagning i västra Blekinge vilket skulle gagna LARO-patienterna som nu måste resa till Karlskrona dagligen under de första månaderna i den inledande intensiva fasen av behandlingen.

För närvarande beräknas ca 10 patienter vänta på LARO-behandling och om denna vård ska köpas av annat landsting beräknas kostnaden till 4,2 mkr för de sex första månaderna i den inledande intensiva fasen i behandlingen. Måste fortsatt behandling i annat landsting ske efter den inledande fasen ökar kostnaderna ytterligare för dessa patienter. Till dessa kostnader ska läggas kostnader för att köpa vård till andra patienter som har andra behov än LARO-behandling.

Samhällskostnaden beräknad på individnivå för ohälsa, arbetsförmåga och kriminalitet p g a missbruk och beroende är mycket hög. Den ekonomiska vinsten för samhället blir därför betydande om patientgruppen får hjälp ut ur sitt beroende. En satsning på beroendevården i Blekinge skulle öka patientgruppens möjligheter att satsa på utbildning och arbete samt på sikt öka antalet skattebetalare i länet.

Under våren 2016 hade förvaltningen en workshop med länets kommuner och primärvården. Syftet var att utforska möjligheterna att utveckla integrerad verksamhet mellan kommunerna och landstinget för vård och stöd vid missbruk och beroende. Samtliga kommuner ställde sig positiva till en sådan utveckling och i begäran om resursförstärkning ingår att också utveckla en integrerad verksamhet inom ramen för närsjukvård.

Behov av budgetförstärkning

För att uppfylla vårdgarantin till nybesök inom 90 dagar krävs budgetförstärkning. Kostnaden för personalförstärkning samt läkemedel och testmaterial beräknas till 6,0 mkr 2017.

5.3.2 Uteblivna statsbidrag till BUP

Barn- och ungdomspsykiatri har sedan 2009 haft ett intäktskrav inlagt i budgeten uppgående till 3,7 mkr för statsbidrag avseende tillgänglighet och fördjupade utredningar för barn och unga. Från och med 2016 har innehållet i statsbidraget avseende psykisk ohälsa ändrat inriktning och särskilt riktade statsbidrag för att förbättra tillgängligheten och för fördjupade utredningar har tagits bort. Detta innebär att både budgeterade intäkter och motsvarande personalbudget måste tas bort i 2017 års budget, 3,7 mkr motsvarar kostnaden för ca 7 tjänster på BUP.

I dag har BUP öppenvårdsmottagningar på tre orter i länet; Karlskrona, Ronneby och Karlshamn. Vid en minskad budget på 3,7 mkr blir det inte möjligt att fortsätta med verksamhet på tre orter.

Om BUP ska hantera en budgetminskning i ovan nämnda storleksordning blir konsekvensen att man måste koncentrera den barn- och ungdomspsykiatriska vården till två mottagningar i länet.

Ronnebymottagningen som är den minsta mottagningen har 10 anställda och en personalkostnad uppgående till 4,7 mnkr per år. Mottagningens befolkningsunderlag är 5 700 barn i åldern 0-18 år och 2015 hade mottagningen 2 800 öppenvårdsbesök.

För att klara kostnader för personal samt att hålla en hög kompetens och kvalitet på vården vid en minskad budget är ett alternativ att stänga mottagningen i Ronneby. Det skulle innebära uppsägning av 7 medarbetare samt att övriga kommer att överflyttas till mottagningarna i Karlskrona och Karlshamn. Patienterna i Ronnebys upptagningsområde fördelas då mellan de övriga två mottagningarna.

Antalet besök till BUP har ökat kraftigt under 2016 och en minskning av BUP's personalstyrka med 7 medarbetare innebär att verksamheten inte kommer att klara sitt uppdrag utan att det uppstår köer till bedömning, utredning och behandling samt att vårdgarantin på 30 dagar för nybesök och utredning inte kan uppfyllas. Alternativt att en hård prioritering mellan olika patientgrupper måste göras så att nybesöken prioriteras framför behandlingsarbetet samt att fler kommer att hänvisas till första linjen i Primärvården som ännu inte är utbyggd i hela länet.

Behov av budgetförstärkning

För att upprätthålla vårdgarantin på 30 dagar för nybesök och utredning krävs en budgetmässig kompensation för uteblivna intäkter i 2017 års budget uppgående till 3,7 mnkr.

5.3.3 Grundläggande insatser för kommunikation

Logopederna inom Habilitering arbetar med grundläggande kommunikationsinsatser för patienter med stor funktionsnedsättning. Det betyder att logopederna 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. Den som har svårt att prata kan få verktyg för att uttrycka sig på annat sätt. Det kan till exempel vara genom att använda bilder, foton, pratapparater eller teckenspråk.

Inom Habiliteringen i Blekinge finns totalt 3,0 logopedtjänster som är mycket hårt belastade. Logopederna på habiliteringen i Karlshamn hade 308 patienter per tjänst, logopederna i Karlskrona hade 280 patienter per tjänst 2014. Detta ska jämföras öronklinikens logopederna som i snitt tog emot 190 patienter per tjänst 2014. Sedan 2014 har logopedernas patientantal vid habiliteringen ökat ytterligare till följd av behov hos många asylsökande och nyanlända.

Det stora antalet patienter per logopedtjänst vid habiliteringen gör att en mycket hård prioritering måste göras och patienter med ät- och sväljningsvårigheter kommer först. Därefter prioriteras nedsättning i kommunikation och tal som leder till betydande handikapp i den vardagliga livssituationen. Lägst prioriteras röst-, tal- och språkstörningar samt nedsättning av läs- och skrivförmåga vilket sällan eller aldrig ges till habiliteringens patienter. Denna hjälp kan dock andra patientgrupper få på logopedmottagningen inom Blekingesjukhuset (dock inte habiliteringens patienter som återremitteras). Detta medför att vården som erbjuds habiliteringens patienter inte är jämlik.

Vidare finns problem med tillgängligheten till insatserna ”Tecken som alternativ kompletterande kommunikation” och ”Tidig intervention” för habiliteringens patienter (flesta barn) och deras anhöriga p g a tidsbrist hos habiliteringens logopederna.

Utöver problem med ojämlik vård och bristande tillgänglighet är logopedernas arbetsmiljö inte tillfredsställande p g a hög arbetsbelastning med hög personalomsättning som följd. I medarbetarenkäterna framkommer att habiliteringens personal tillhör den grupp i landstinget som upplever den högsta arbetsbelastningen. För att åtgärda problem med ojämlikhet, bristande tillgänglighet samt arbetsmiljöproblem behövs fler logopedtjänster vid habiliteringen. Budgeten för logopederna uppgår i dagsläget till 1,7 mnkr, vilket motsvarar 3,0 tjänster (inkl 0,5 tjänst som omfördelats från annan verksamhet).

Behov av budgetförstärkning

Behov av budgetförstärkning för grundläggande insatser för kommunikation (logopeder) beräknas till 1 mnkr 2017, vilket motsvarar två logopedtjänster

5.3.4 Underläkare

Då förvaltningen under en längre haft brist på specialistläkare med ett ökande hyrläkarberoende som följd är det viktigt att arbeta strategiskt och långsiktigt med rekrytering av nya läkare. Den viktigaste satsningen är att utöka antalet ST-läkare. En bra AT-placering är det bästa sättet att rekrytera ST-läkare. Andra rekryteringskällor till ST-tjänster är läkare som vikarierat som underläkare.

Då tiden för AT-placering inom psykiatrin är relativt kort är det en fördel att erbjuda underläkarvikariat innan eller efter AT-placeringen. Ett vikariat som underläkare gör att läkaren får en bättre bild av psykiatrin och möjlighet att se flera delar av verksamheten. Tillsättning av vikariat som underläkare är ett bra sätt att öka intresset för förvaltningens ST-tjänster.

Vid rekrytering av specialistläkare har det också framkommit önskemål om att ha underläkare då många av de större landstingen har detta. Att inte ha underläkare försvårar rekryteringen och minskar möjligheten att rekryterade läkare stannar på sin tjänst.

Då förvaltningen f n saknar underläkartjänster bör sådana tjänster inrättas på läns gemensam psykiatri, barn- och ungdomspsykiatrin och slutenvårdsavdelningarna 21 och 28.

Om förvaltningen inte erhåller dessa medel kommer inte målet avseende minskad beroende av hyrläkare att uppnås.

Behov av budgetförstärkning

Behov av budgetförstärkning för fyra underläkare beräknas till 2,5 mnkr 2017.

5.3.5 Sjuksköterskor

Åtstörningsenheten

Tillströmningen av antalet patienter till åtstörningsenheten har ökat och de patienter som remitteras till enheten har en komplex problematik med hög vårdtyngd. Det krävs långvariga behandlingskontakter som sträcker sig över flera år. I dag finns väntelista (f n 15 patienter) till behandling och antalet nya patienter beräknas till ytterligare 10 fram till årsskiftet (ca 30 nya patienter per år). Enheten har under de senaste åren tånjt på den yttersta gränsen för sin kapacitet och det finns nu inte längre möjlighet att ta mot fler patienter eller ge konsultativt stöd till övriga

psykiatri i tillräcklig omfattning. Detta leder till att patienternas vårdbehov inte kan tillgodoses med nuvarande resurser. Ätstörningsbehandling kan för vissa patienter vara direkt livsavgörande då denna diagnos kan ha dödlig utgång. För att lyckas med ätstörningsbehandling är tidiga insatser av avgörande vikt. Det är därför nödvändigt att utöka bemanningen med en sjukskötersketjänst för att kunna erbjuda rätt vård och nå målet att starta behandling senast 30 dagar efter att patienten aktualiserats vid ätstörningsenheten. Enheten har i dagsläget budget för 4 tjänster, dock ingen budget för sjuksköterska.

Kostnaden för köpt vård för denna patientgrupp började öka från mars månad och har t o m augusti 2016 kostat ca 280 tkr. Enligt gjord prognos förväntas kostnaderna för köpt vård för denna patientgrupp öka med ytterligare 500 tkr under 2016.

Barn- och ungdomspsykiatri

Antal patienter som diagnostiserats med ADHD har ökat markant inom BUP de senaste åren och därmed också förskrivningen av mediciner. Detta medför ett ökat behov av sjuksköterskor som arbetar med uppföljning av insatt medicin tillsammans med läkare i verksamheten. I medicinuppföljning ingår att undersöka hur barnet fungerar i hemmet, skolan och med kamrater samt göra en somatisk undersökning. På flera håll i länet är skolsköterskor behjälpliga med att följa upp barnet/ungdomen som medicinerar. Detta ligger dock inte inom skolhälsovårdens uppdrag och flera skolor har nu signalerat att det inte har kapacitet att utföra denna uppgift längre. BUP måste därför planera för att denna arbetsuppgift kommer åligga verksamheten. Två tjänster behövs för att täcka det ökade behovet i hela länet. I dagsläget finns totalt två psykiatrisjuksköterskor inom BUPs mottagningsverksamhet som har till uppgift att arbeta med nybesök och behandling. Om de istället ska arbeta med medicinuppföljning minskar möjligheten att ta hand om det ökade antalet besök till BUP och därmed möjligheten att upprätthålla vårdgarantin på 30 dagar för nybesök och utredning.

Habiliteringen

Arbetsbelastningen på habiliteringens läkare är för hög och har dessutom ökat med fler nyanlända med multifunktionsnedsättningar. Vid habiliteringen finns inga budgeterade sjukskötersketjänster och detta krävs för att avlasta läkarna med administration, medicinsk behandling och råd tillsammans med läkare, observationer, uppföljningar av pågående medicinering, telefonrådgivning och hygienarbete. För att kunna behålla, rekrytera läkare och nå målet att bli oberoende av hyrläkare behövs två sjukskötersketjänster till Habiliteringen.

Behov av budgetförstärkning sjuksköterskor

Budgetbehov för sjuksköterskor till Ätstörningsenheten, Barn- och ungdomspsykiatri och Habiliteringen beräknas till 2,5 mnkr för 5 sjukskötersketjänster.

5.3.6 Specialiserad traumabehandling flyktingar

För att möta behov hos de med ”svår psykisk ohälsa” rekommenderas att psykiatri tillhandahåller telefon-/videohandledning för vårdpersonal för att stärka personalens förmåga till korrekt diagnostik, behandling och bemötande. Psykiatri rekommenderas också öka kapaciteten och tillgängligheten till specialiserad och kulturanpassad hjälp och behandling till barn och vuxna med traumarelaterade tillstånd, posttraumatiskt stressyndrom och allvarlig depression då behovet av detta förväntas öka kraftigt. I övrigt rekommenderas en bred utbildningssatsning om nyanländas behov för all personal inom specialistpsykiatri.

För att klara av detta uppdrag behöver psykiatrin förstärka mottagningarna för att kunna erbjuda traumabehandling och förstärka akut- och rådgivningsteamerna för att kunna erbjuda en telefonlinje för handledning av vårdpersonal. Denna personal kan också arbeta parallellt med breddutbildning om nyanländas behov för all personal inom specialistpsykiatrin.

Bedömning görs att det behövs fyra tjänster till VUP Öst, fyra tjänster till VUP Väst och fyra tjänster till BUP för att klara uppdraget med telefonhandledning, specialiserad traumabehandling och utbildning av personal inom specialistpsykiatrin. Kostnaden för specialiserad traumabehandling för flyktingar uppskattas till 6 mnkr 2017 och beräknas delvis kunna finansieras av förvaltningens intäkter för asylsökande om dessa intäkter är i nivå med 2015 års intäkter.

5.3.7 Förskrivare av hjälpmedel flyktingar

Under 2015 och 2016 har habiliteringen haft en stor ökning av asylsökande och nyanlända patienter med stora funktionsnedsättningar. Behov av stöd från habiliteringen är omfattande, kräver samordnade insatser och är tidskrävande. Patienter har oftast ett omfattande behov av hjälpmedel.

Habiliteringen kan ofta snabbt erbjuda ett första besök för bedömning av behovet av hjälpmedel för grundläggande behov (t ex förflyttning, sittande och nutrition). Att prova ut och beställa hjälpmedel görs dock med lång fördröjning p g a bristande personalresurser. Dessutom måste alla besök hanteras med tolk vilket tar längre tid per besök samt att besök ibland måste ställas in p g a att tolk inte finns att tillgå.

För att effektivisera mottagandet och kunna förskriva hjälpmedel inom rimlig tid behöver Habiliteringen strukturera om mottagandet av nyanlända där kurator, arbetsterapeut och sjukgymnast ges möjlighet att snabbt träffa familjen tillsammans. Detta dels för att bedöma det akuta behovet av hjälpmedel och dels för att göra en bedömning av fortsatta insatser (t ex utredning av psykiska funktionshinder).

För att klara det nya uppdraget med nyanlända behövs förstärkning med en arbetsterapeut och en sjukgymnast. Kostnaden beräknas till 1,0 mnkr 2017, vilket motsvarar 2 heltidstjänster. Kostnaden beräknas kunna finansieras av förvaltningens intäkter för asylsökande om dessa intäkter är i nivå med 2015 års intäkter.

6. Prioritering av investeringar

6.1 Läns gemensam psykiatri – Byggnad 24 på sjukhusområdet i Karlskrona

Läns gemensam Psykiatri består av beroendemottagning, beroendeavdelning, psykiatrisk akutmottagning, psykiatrisk intensivvårdsavdelning, ätstörningsenhet, minnesmottagning, sexologisk mottagning och äldreteam som alla har lokaler i byggnad 24.

6.1.1 Beroendemottagningen

En stor ökning av antalet patienter har lett till att lokalerna blivit för små vilket medfört säkerhetsrisker för såväl patienter som personal. För att ta reda på hur de trånga lokalerna påverkar

verksamheten har en riskanalys gjorts. I riskanalysen har risken för brott mot patientsekretessen (12 riskpoäng) och hot och våld (9 riskpoäng) bedömts som de största riskerna. I riskanalysen står bl a följande;

”På Beroendemottagningen möter personalen besökare som befinner sig i intensiva labila känslomässiga tillstånd av olika slag, exempelvis drogpåverkan, allvarlig psykisk störning, akuta sjukdomstillstånd, orealistiska förväntningar som i kombination med avsaknad av en tillitsfull samarbetsrelation med personalen kan leda till ett hotfullt och våldsamt beteende. Inom beroendeenhetens mottagning finns latent ständigt närvarande risk för allvarliga incidenter, främst omkring patientsekretessen, hot och våld men även risk för inbrott relaterat till den stora mängd narkotiska preparat som förvaras i lokalen.

Våld och hot från mottagningens patienter har ökat betydligt. De patienter som är och har varit aktuella som orospatienter har även varit aktuella på andra enheter. Andra enheter remitterar hotfulla och stökiga patienter till beroendemottagningen respektive intilliggande psykiatriska akutmottagning vilket gör att andelen stökiga är mycket högre på beroendeenhetens mottagning än någon annan enhet. Många av patienterna har en kriminell bakgrund med bland annat våldsbrott, narkotikabrott, egendomsbrott etc. Vissa av patienterna kommer påverkade. Detta innebär att personalgruppen känner rädsla och obehag och det ställer höga krav på utformningen av arbetsmiljön.

Antalet besök har ökat så pass mycket senaste året att verksamhetens lokaler till yttorlek och utformning inte längre bedöms vara ändamålsenliga. I väntrummet finns inte utrymme för alla som väntar på sin tur och den personliga integriteten är satt ur spel. Detta medför att patienterna börjar cirkulera in i korridoren och ibland in på kontoren eftersom det inte finns någon låst sektion i väntrummet. Det finns för lite utrymmen för samtal och inga utrymmen för läkemedelsutdelning. Det passerar och uppehåller sig ofta personer i lokalerna som inte tillhör verksamheten, det är personer som tillhör övriga psykiatrin men även personal från förvaltningsrätten. Pga. detta är det svårt att upprätthålla patientsekretessen. Vidare anses arbetsplatserna för sjuksköterskorna undermåliga då det sitter två sjuksköterskor i varje rum. Planeringsmöten, patientmöten och telefonsamtal sker parallellt och det blir extremt störande för alla. Behandlingsrum saknas på enheten och har man behov av detta så får man lämna enheten och gå in på psykakuten där det ofta sitter patienter som i sin tur påverkas negativt av detta flöde av patienter och personal. Urinprovtagningstoaletten med urinprovtagningsrum är mycket trång och saknar dessutom utsug/fläkt. Det finns också en betydande risk för inbrott och stöld då det förvaras stora mängder narkotikaklassade läkemedel. När läkemedel levereras så ställs de i en garderob i trapphuset och ska sedan hämtas av personalen som transporterar denna genom psykakuten.”

6.1.2 Beroendeavdelningen

Den stora ökningen av vårddygn och patienter har för slutenvårdsavdelningen lett till att lokalerna blivit för små vilket medfört ökade risker för såväl patienter som personal. För att ta reda på hur verksamheten påverkas av de trånga lokalerna har en riskanalys genomförts. I riskanalysen har riskerna med lokalernas utformning och placering (16 poäng) och risken för hot och våld (9 riskpoäng) bedömts vara de största riskfaktorerna. I riskanalysen står bl a följande;

”Riskanalysteamet kom fram till att lokalernas utformning innebär en förhöjd risk för hot och våld beroende på flera omständigheter så som trånga utrymmen och brist på flyktvägar. De nuvarande lokalerna är för tillslutna och man upplever stora brister på "andrum" – avsaknad av neutral mark för patienter och samtalsutrymmen. Detta kan orsaka att patienter blir understimulerade eftersom det inte finns tillräckligt med lokalutrymme till aktiviteter.

Vidare påverkar det också den psykosociala arbetsmiljön för personalen där det kan vara svårt att hålla på patientsekretessen då personalen ibland inte har tillgång till lediga rum. Understimulerade patienter löper en ökad risk för att bli utagerande med påföljden att arbetsmiljön för personalen blir mer påfrestande. Trånga lokaler ökar också risken för att medpatienter påverkas och utsätts för våld.

Expeditionen och läkarummet saknar flyktvägar vilket påverkar allvarlighetsgraden i händelse av våldsbeter. Det saknas sluss till läkemedelsrummet och avdelningen ligger i markplan vilket ökar risken införelse av oönskade föremål. Avsaknad av besöksrum medför att anhöriga vistas i t.ex. dagrummet på avdelningen vilket resulterar i att patientsekretessen inte kan upprätthållas. Markplansnivån ökar också risken för fritagningsförsök. På nätterna är det vanligen två personal på avdelningen. När man går in i läkemedelsrummet låter man dörren vara öppen för att kunna höra om det uppstår något utanför. En öppen dörr till läkemedelsrummet medför dock risken för att bli inträngd i rummet för att som patient tilltvinga sig narkotika.

Personalen upplever att det är svårt att avgränsa deliriosa, psykotiska och påverkade patienter från övriga patienter pga. lokalernas utformning.

Eftersom det ofta förekommer tvångsvård av patienter på avdelningen infinner sig risken för fritagningsförsök och rymningsförsök vilket också har inträffat. Eftersom avdelningens lokaler ligger i markplan skapar det bättre förutsättningar för just fritagningsförsök och rymningsförsök men det skapar också risker med att oönskade föremål så som knivar, kanyler och droger kan tas in på avdelningen

genom t.ex. vädringsfönster. Under helgerna fungerar vårdavdelningen även som mottagning och då är det svårt att avgränsa mottagningspatienterna från de inläggande patienterna.

I riskanalysen presenteras ett stort antal åtgärdsförslag. De två viktigaste förslagen är

- Nya verksamhetsanpassade lokaler som inte ligger i markplan/ alternativt säkrare yttre skalskydd.
- Verksamhetsanpassad bemanning för att undvika ensamarbete”

6.1.3 Psykiatriska intensivvårdsavdelningen (PIVA) och Psykakuten (PAKA)

En riskanalys har beställts för att identifiera och åtgärda risker eftersom personalen upplever att arbetsmiljön de senaste åren försämrats, främst ur ett hot- och våldsperspektiv. Riskanalysen pekar på att det finns en mycket stor risk för just hot och våld med en mängd bakomliggande orsaker.

”Främst är det behovet av verksamhetsanpassade lokaler som genomsyrar flera av riskerna. Vidare saknas helt behandlingsrum på avdelningarna och personalen är hänvisade till behandlingsrum utanför avdelningarna. Läkemedelsrummet anses som trångt och luften i rummet upplevs som undermålig. Korridorerna upplevs som riskfyllda och i trängda situationer försvåras möjligheter till flyktväg. Lokalernas nuvarande utformning skapar stora svårigheter när det gäller möjligheterna till avgränsning relaterat till det höga patienttrycket. När det gäller ytan för administration finns det en liten expedition på respektive avdelning med plats för två arbetsplatser. Personalrum samt vilrum saknas helt på avdelningarna liksom sköljrum med påföljden att en dekontaminator saknas. Man kan inte heller erbjuda patienterna möjlighet till utevistelse i anslutning till avdelningarna då inhägnad uteplats saknas.”

Förslag till åtgärder

För att åtgärda lokalproblemen på LänsGemensam Psykiatri behövs både kort- och långsiktiga åtgärder. En kortsiktig åtgärd är att flytta ut en del av verksamheten från byggnad 24 till andra lokaler, göra mindre ombyggnationer i lokalerna och skapa utemiljöer för patienterna.

En långsiktig åtgärd är att koncentrera all psykiatrisk slutenvård i Karlskrona (PIVA, PAKA, avd 28) samt öppenvården till ett nytt hus på sjukhusområdet inom ramen för framtidens hälso- och sjukvård. Både kortsiktiga och långsiktiga åtgärder behövs för att lösa lokalproblemen på LänsGemensam Psykiatri är av högsta prioritet.

6.2 Nya platser till slutenvården

För att klara den neddragning av vårdplatser på avdelning 28 och avdelning 21 som gjordes 2014 bestämdes att två vårdplatser skulle tillföras på PAKA och en på PIVA. Detta blev dock inte genomfört p g a lokalerna inte var anpassade till detta, se 6.1.3. Det nuvarande platsantalet räcker inte vid toppar och behov finns av ytterligare fyra platser i Karlskrona.

Förslag till åtgärd

Inrätta ytterligare fyra slutenvårdsplatser i Karlskrona. Om detta inte är möjligt, kan utökning av antalet platser i Karlshamn övervägas och då slussa patienter från Ronneby dit. I samband med beslut om placeringen av dessa platser ska även möjligheter till subspecialisering av vuxenpsykiatriens slutenvård utredas inom ramen för framtidens hälso- och sjukvård.

6.3 Mottagning och mellanvård i Ronneby

Mottagningen och mellanvården i Ronneby har sedan 2014 tillfälliga lokaler tillhörande Ronneby kommun som sedan länge dömts ut och Landstinget betalar därför ingen lokalhyra. Planer på att bygga ett nytt psykiatrihus intill Hälsocenter har funnits sedan mycket lång tid tillbaka men inte förverkligats.

Förslag till åtgärd

Bygga ett nytt hus intill Ronneby Hälsocenter och även utreda om samordning kan ske med barn- och ungdomspsykiatri, habiliteringen, länsgemensam psykiatri och primärvården inom ramen för framtidens hälso- och sjukvård.

6.4 Övriga lokalfrågor

Flera av psykiatriens lokaler är trångbodda med för få expeditioner och personalrum som inte är anpassade efter antalet anställda.

Habiliteringens receptioner behöver anpassas för att få en ökad säkerhet för personalen.

Dessutom behöver slutenvårdens utemiljöer i Karlshamn åtgärdas för att möjliggöra utevistelse för patienterna.

Förslag till åtgärd

Göra mindre ombyggnationer för att anpassa befintliga lokaler.

Nedan ses en lista på alla prioriteringarna i förvaltningen:

Objektnr	Prioritet (A el B)	Investeringslag (MT, FA, IT, ÖV)	Brukande Förvaltning	Investering	Investeringsutgift	Ekonomisk livslängd	Utbetalningssumma per år	Förändring intern driftskostnad per förvaltning	År	Nyckel	Prioritering
200166	A	Fastighet	P & H	Utemiljöer BLS K-na	600 000	15	600 000	40 000	2017		1
200166	A	Fastighet	P & H	Utemiljöer BLS K-na	600 000	15	600 000	40 000	2018		
200173	A	Fastighet	P & H	Ombyggnad för psykiatri, K-na	2 000 000	15	2 000 000	133 333	2017		2
200173	A	Fastighet	P & H	Ombyggnad för psykiatri, K-na	3 000 000	15	3 000 000	200 000	2018		
200038	A	Fastighet	P & H	Nybyggnad Vuxenpsyk R-by	5 000 000	30	5 000 000	166 667	2017		3
200038	A	Fastighet	P & H	Nybyggnad Vuxenpsyk R-by	35 000 000	30	35 000 000	1 166 667	2018		
200038	A	Fastighet	P & H	Nybyggnad Vuxenpsyk R-by	20 000 000	30	20 000 000	666 667	2019		
200187	A	Fastighet	P & H	Ombyggnad BUP Ställverkavägen K-hamn	1 000 000	20	1 000 000	50 000	2017		4
200157	A	Fastighet	P & H	Småprojekt	500 000	10	500 000	50 000	2017		5
200157	A	Fastighet	P & H	Småprojekt	500 000	10	500 000	50 000	2018		
200157	A	Fastighet	P & H	Småprojekt	500 000	10	500 000	50 000	2019		
200157	A	Fastighet	P & H	Småprojekt	500 000	10	500 000	50 000	2020		
200157	A	Fastighet	P & H	Småprojekt	500 000	10	500 000	50 000	2021		
200241	A	Fastighet	P & H	Nybyggnad psykiatri Karlskrona	5 000 000	30	5 000 000	166 667	2019	200221	6 (2)
200241	A	Fastighet	P & H	Nybyggnad psykiatri Karlskrona	55 000 000	30	55 000 000	1 833 333	2020	200221	
200241	A	Fastighet	P & H	Nybyggnad psykiatri Karlskrona	50 000 000	30	50 000 000	1 666 667	2021	200221	
200109	A	Fastighet	P & H	Utemiljö BLS K-hamn avd.21	400 000	15	400 000	26 667	2017		7