



*Regional
utvecklingsplan
för psykiatri*

REGIONFULLMÄKTIGE 1 FEBRUARI 2005

FÖRORD	2
VISION 2010.....	3
UPPDRAG OCH BAKGRUND.....	4
UPPDRAG	4
PROJEKTARBETET	4
BAKGRUND	5
PSYKISK OHÄLSA	5
FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR PSYKIATRISK VÅRD OCH BEHANDLING	7
PSYKIATRINS RESULTAT.....	7
NUVARANDE SJUKVÅRDSUTBUD.....	7
SAMTIDIGT PÅGÅENDE ELLER BEAKTADE UTREDNINGAR	8
FÖRSLAG TILL UTVECKLING AV VÅRDEN.....	8
SAMVERKAN OCH SAMARBETE.....	8
<i>Inom hälso- och sjukvården.....</i>	<i>8</i>
<i>Med andra myndigheter</i>	<i>9</i>
<i>Med brukare och anhöriga.....</i>	<i>9</i>
UTVECKLING AV VÅRD- OCH BEHANDLINGSFORMER.....	10
<i>Psykisk sjukdom inom allmänmedicinen och primärvårdens kompetensområde</i>	<i>10</i>
<i>Öppna och alternativa vårdformer.....</i>	<i>11</i>
<i>Sluten vård.....</i>	<i>11</i>
<i>IT-baserad vård.....</i>	<i>12</i>
<i>Tillgänglighet</i>	<i>12</i>
<i>De stora sjukdomsgrupperna/folksjukdomarna.....</i>	<i>13</i>
<i>Särskilda behovsgrupper</i>	<i>17</i>
FOUU	17
<i>Kunskaps- och kompetensutveckling</i>	<i>17</i>
<i>Forskning och utveckling.....</i>	<i>19</i>
KVALITET	20
HÄLSOFRÄMJANDE OCH SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ASPEKTER.....	21
GENUSPERSPEKTIV.....	21
INFORMATION OCH ATTITYDER	22
STRUKTUR OCH ORGANISATION	22
<i>Strukturaspekter</i>	<i>23</i>
<i>Organisationsaspekter.....</i>	<i>23</i>
GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING AV DEN REGIONALA UTVECKLINGSPLANEN FÖR PSYKIATRI	24
SLUTSATSER.....	25
BILAGOR.....	26
BILAGA 1 PROJEKTLEDNINGSGRUPP	
BILAGA 2 ARBETSGRUPPER OCH ARBETSGRUPPSLEDARE	
ARBETSGRUPPERNAS RAPPORTER OCH KUNSKAPSUNDERLAG:	
SE WWW.VGREGION.SE UNDER A - Ö MED RUBRIK REGIONAL UTVECKLINGSPLAN FÖR PSYKIATRI	

Förord

”...är och kommer psykiatrin att vara ett långsiktigt prioriterat område.”

Den Regionala utvecklingsplanen för psykiatri syftar till att ge ett underlag för långsiktig vägledning för utveckling av vård och stöd till patienter med psykisk ohälsa i Västra Götalandsregionen. Planen presenterar också olika behovsgrupper och viktiga utvecklingsområden samt ett antal förslag till åtgärder för att utveckla och förstärka vården.

Rapporten blickar även över en vidare tidshorisont för de mer långsiktiga åtgärder som behövs, eller är nödvändiga, för att förverkliga en vision för regionens befolkning och dess psykiska hälsa - VISION 2010.

Arbetsgruppernas delrapporter utgör ett kunskapsunderlag för fortsatt utvecklingsarbete. Tillsammans med den samlade planen utgör de underlag för beslut och åtgärder, såväl gemensamt för Västra Götalandsregionen som inom hälso- och sjukvårdsnämndernas ansvarsområden

Arbetet med utvecklingsplanen har engagerat många med olika uppgifter inom i regionen. Genom aktiv medverkan från alla regionens delar i arbetsgrupper och referensgrupper har detta redan bidragit till att förbättra samverkan och strävan att förbättra vården för människor med psykisk ohälsa och sjukdom.

Projektledningen vill också tacka samtliga medverkande i arbetet, främst projektledningsgruppen, arbetsgrupperna för delrapporterna samt medverkande i referensgruppen.

Erik Brenner
Projektledare

Christina Möller
Planeringsledare

Per-Åke Warg
Planeringsledare
Projektsekreterare

VISION 2010

är en ledstjärna och utgör ett långsiktigt mål för psykiatrins utvecklingsplan

Befolkningen i Västra Götaland

- har bäst utveckling av psykisk hälsa i Sverige
- vänder sig med förtroende till regionens sjukvård vid psykisk ohälsa
- får lätt tillgänglig vård i öppna och samhällsnära vårdformer – ”*när och där vården behövs*”
- erbjuds en vård som är nationellt ledande
- får en vård som kännetecknas av ett respektfullt bemötande i en läkande vårdmiljö
- möter en vård som planerats och utformats i nära samverkan med brukar- och anhörigorganisationer
- erhåller en gränsöverskridande vård av olika vårdgivare i samverkan och där organisatoriska gränser ej märks
- lever i ett samhälle fritt från fördomar gentemot psykisk ohälsa och psykiskt sjuka

UPPDRAG OCH BAKGRUND

Uppdrag

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, HSS, gav i budget 2002 hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att utforma en "Regional utvecklingsplan för psykiatri". Planen skulle särskilt belysa samverkan mellan olika vårdgivare och med andra huvudmän, utveckling av moderna behandlings- och vårdformer samt behov av komplettering av kompetensstrukturen för verksamhetsområdet. Uppdragshandlingen godkändes i januari 2002. Lägesrapport lämnades till HSS i april 2003 och en preliminär rapport lämnades i juni 2004 till Hälso- och sjukvårdsutskottet, HSU. Rapporten har därefter remissbehandlats för slutlig politisk beredning.

När uppdraget gavs hade HSS bland annat uppdraget som beställare av länssjukvård. Därefter har den politiska organisationen förändrats. Hälso- och sjukvårdsnämnderna är beställare av länssjukvård och därmed psykiatri. HSU, som numera är uppdragsgivare, har som huvuduppgift att bereda och besluta i regiongemensamma långsiktiga utvecklings- och inriktningsfrågor inom hälso- och sjukvården. Den regionala utvecklingsplanen för psykiatri är därigenom ett regiongemensamt måldokument för utvecklingen av den psykiatriska vården.

Uppdraget var omfattande och avgränsades till att omfatta vuxna personer inklusive "unga vuxna".

Projektarbetet

Arbetet har letts av en projektledningsgrupp med representanter från berörda medicinska sektorsråd, regionkansliet, de fyra hälso- och sjukvårdskanslierna samt de fackliga organisationerna. Fortlöpande avstämning har skett i en referensgrupp med vårdgrannar och andra huvudmän samt i de medicinska sektorsråden. Till projektet har varit knutet tolv arbetsgrupper med regional sammansättning. Dessutom har en "enmansutredning" gjorts.

Följande delrapporter har lämnats:

- Epidemiologi
- Unga vuxna – principer för behandlingskontinuitet vid övergång mellan ungdom och vuxen
- Vuxna med neuropsykiatriska störningar som har debuterat i barndomen
- Ätstörningar
- Äldrepsykiatriska problemställningar: inför en översyn i Västra Götaland (enmansutredning)
- Utmattningssyndrom
- Insatser till självmordsnära patienter/patienter med hög suicidrisk
- Beroendeproblematik
- Utveckling mot öppnare och mer samhällsnära vårdformer
- Gemensamma kvalitets- och resultatinstrument
- Medicinsk- och klinisk kvalitetsrevision och brukarrevision

- Regionala kompetenscentrum för olika diagnos-/behovsgrupper med psykisk ohälsa
- Brukar- och anhöriginflytande och stöd till anhöriga

Bakgrund

Signaler om ökad psykisk ohälsa har uppmärksammats alltmer nationellt och regionalt alltifrån slutet av 1990-talet och regionfullmäktige har i ett flertal budgetar påtalat behovet av förbättring av vården för de människor som drabbas av psykisk sjukdom/ohälsa.

Riksdagen lade 2001 fast en Nationell Handlingsplan där psykiatri tillsammans med primärvård och äldreomsorg skulle förstärkas med nio miljarder kronor, varav 70 % avsåg landstingen.

Psykisk ohälsa

Den psykiska ohälsan har de senaste åren ökat både reellt och till sin andel av den totala ohälsan. Enligt samstämmiga rapporter, t.ex. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2001, Riksförsäkringsverkets statistik och analyser samt olika epidemiologiska studier, som PART-studien i Stockholms läns landsting och Lundbystudien i Skåne, styrks denna utveckling.

Förekomst

Vid en viss tidpunkt har ca 15 % av den vuxna befolkningen en psykisk sjukdom vilket stöds av flera undersökningar av den psykiska ohälsan. Den fördelar sig på

	Kvinnor	Män	Totalt
Depression	7,0	3,0	5,0
Ångestsyndrom	3,0	2,0	2,5
Alkoholberoende	2,0	6,0	4,0
Kombination av Depression och ångest			0,75
Depression och alkoholberoende			0,5
Ångest och alkoholberoende			1,0
Psykotiska tillstånd	1,0	1,0	1,0
TOTALT			15 %

Entydiga jämförelsemått för olika sjukdomars konsekvenser finns inte, men långtidssjukskrivningar och s.k. "sjukdomsbörda" (förlorade år p.g.a. sjukdom eller död, s.k. DALY-mått) är för närvarande de bästa neutrala mått som finns att tillgå. DALY-mått används av WHO och Socialstyrelsen. Med all sannolikhet avspeglar detta också en motsvarande relation mellan olika sjukdomars förekomst och vårdbehov.

Ökning av psykisk ohälsa

Psykiska sjukdomar utgör 25 % av den totala sjukdomsbördan i Sverige (Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2001) och för befolkningen upptill 45 år hela 55 % av sjukdomsbördan.

I Sverige har andelen långtidssjukskrivna (60 dagar och längre) med psykiatrisk diagnos ökat från 18 % år 1999 till 30 % år 2003 (kvinnor 33 %, män 26 %) och är efter rörelseorganens sjukdomar (33 %) den vanligaste sjuk-skrivningsorsaken.

I Västra Götalandregionen år 2003 var andelen långtidssjukskrivningar som utgjordes av psykisk sjukdom 38 %, i Göteborg var andelen 45 %. I båda fallen var psykisk sjukdom den vanligaste sjukskrivningsdiagnosen.

Av de psykiatriska sjukskrivningsdiagnoserna dominerar ångest och stressreaktioner 14,7 % samt depressioner 12,7 %. Den relativt nya och uppmärksammade utbrändhetsdiagnosen minskar från en redan tidigare låg nivå, från 1,8 till 1,5 %. Alkoholmissbruk-/beroende utgör ca 1 % av sjuk-skrivningsorsakerna. Missbruk och depression samt vissa neuropsykiatriska sjukdomar bedöms vara starkt underdiagnostiserade ohälsoproblem.

För åldersgruppen 15-44 år är självmord den vanligaste enskilda dödsorsaken. I Västra Götalandsregionen begick 221 personer (71 kvinnor, 150 män) självmord år 2001.

Ökningen av psykisk ohälsa avser främst depressioner och ångest i alla åldersgrupper. Depression är den sjukdom av alla enskilda sjukdomar som enligt *WHO:s* framtidsscenario för år 2020 bedöms bidra till mest sjukdomsbörda i västvärlden och för kvinnor även globalt. Alkoholmissbruk och narkomani ökar, särskilt i yngre åldersgrupper.

Förekomst av och insjuknande i schizofreni, övriga psykoser och bipolär (manisk-depressiv) sjukdom är i huvudsak oförändrad.

Mörkertalet för psykisk sjukdom är dock fortfarande stort genom att många psykiskt sjuka inte tillstår sina problem eller undviker att söka hjälp p.g.a. skamkänslor och fördomar mot psykisk sjukdom. I takt med att fördomarna kring psykisk sjukdom minskar kommer troligen allt fler att söka sig till sjukvården.

Samhällskostnader

Psykiska sjukdomar är den sjukdomsgrupp som betingar högst samhällskostnad beräknat till 45 miljarder kr per år följt av cirkulationsorganens sjukdomar 40, rörelseorganens sjukdomar 30, reumatiska sjukdomar 27, cancersjukdomar 20 och diabetes 7 miljarder kronor (Jonsson & Husberg 1999).

Förutsättningar för psykiatrisk vård och behandling

Människans unika kvalitéer som uttrycks i förmågan till medvetande, tankar, känslor, vilja och reflektion har sitt biologiska underlag i hjärnan med sina ca 100 miljarder nervceller i ett komplext och sårbart samspel. Störningar i dessa funktioner och därmed psykiska sjukdomar har samma grundläggande utgångspunkt som somatiska sjukdomar och därigenom samma principiella förutsättningar för vård och behandling. För förståelsen av psykiska sjukdomar och psykiska störningar är det viktigt att betrakta dessa utifrån en helhetssyn d.v.s. att biologiska, psykologiska och sociala/kulturella aspekter beaktas och integreras vård och behandling.

”Psykisk sjukdom” används ofta som ett enhetligt begrepp men utgörs av ett 20-tal enskilda olika psykiska sjukdomar/sjukdomsgrupper, var och en med sina speciella förutsättningar för vård och behandling. Depression, ångestsjukdomar, missbruk/ beroende och psykossjukdomar är de vanligaste sjukdomarna inom psykiatrin.

Psykiatrins resultat

Psykiatrins behandlingsmetoder har väl så gott vetenskapligt underlag som övriga medicinska specialiteter. De under senare år förbättrade behandlingsresultaten har få motstycken. De psykiska sjukdomarnas tidigare dåliga prognos för tillfrisknande och med en hög överdödlighet, framför allt genom självmord, har brutits. Behandlingsresultaten för allvarliga psykiska sjukdomar som schizofreni, djupa depressioner och bipolär sjukdom (manier och återkommande djupa depressioner) har dramatisk förbättrats.

Nuvarande sjukvårdsutbud

Vård och behandling vid psykisk ohälsa och sjukdom ges inom Primärvården, barn- och ungdomspsykiatrin och den specialiserade vuxenpsykiatrin. Inom primärvården uppskattas cirka 100.000 personer göra omkring 600.000 besök p.g.a. psykisk ohälsa.

Barn- och ungdomspsykiatrin har 60 vårdplatser och ger slutenvård under ca 12 000 vård dagar per år.

Inom vuxenpsykiatrin i Västra Götalandsregionen behandlas årligen ca 60.000 personer vid 400.000 besök och 10.000 vårdtillfällen i slutenvård. Det finns ca 750 vårdplatser inom allmänpsykiatrin, drygt 10-talet rehabiliteringsenheter/ behandlingshem och ett 70-tal öppenvårdsmottagningar.

Den privata vården består av cirka 25 enskilda privatpraktiserande läkare med vård- eller samverkansavtal med Västra Götalandsregionen samt ett psykiatriskt öppenvårdsteam med behandlingshem beläget i Lysekil.

SAMTIDIGT PÅGÅENDE ELLER BEAKTADE UTREDNINGAR

Följande parallella utredningar/utvecklingsarbeten har pågått inom regionen till vilka hänsyn har tagits. De är följande:

- Regiongemensamma prioriteringar i Västra Götalandsregionen
- Genomförandeplan för den rättspsykiatriska vården
- Samverkan med kommunerna rörande psykiskt funktionshindrade - lag om utskrivningsklara, regional överenskommelse ang. vårdplan, § 4 b m.m.
- Strukturarbetet "Framtidens hälso- och sjukvård i Västra Götaland"
- Socialstyrelsens verksamhetsgranskning i Västra Götalandsregionen
- Revisioner av barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri

FÖRSLAG TILL UTVECKLING AV VÅRDEN

De förslag som medför ökade kostnader har markerats med [R].

Samverkan och samarbete

Människor med allvarlig och långvarig psykisk ohälsa eller sjukdom har ofta problem inom flera områden, både av medicinsk/psykiatrisk, psykologisk och social karaktär. Dessa problem kan medföra funktionshinder och svårigheter i boende, personlig vård, arbete, fritid, studier och sysselsättning.

Inom hälso- och sjukvården

För en väl fungerande psykiatrisk verksamhet krävs att samverkan och samarbete mellan vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, primärvården och övriga vårdgrannar, främst den kommunala vården och övrig socialtjänst fungerar. Väl fungerande samverkan och samarbete kännetecknas av att den enskilde inte märker de organisatoriska ansvarsgränserna.

Samarbetet mellan vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri skall leda till en lokalt anpassad ansvarsfördelning och åldersfördelning inom gruppen unga vuxna 16 – 25 år. En lokalt anpassad samverkan kring olika patientgrupper baserad på patientunderlag bör också genomföras.

Primärvården har ansvaret för ett stort antal patienter med psykiatrisk problematik av varierande grad. Särskilt behöver samverkan kring patienter med depression, ångestsjukdom, beroendeproblematik, ätstörningar, neuropsykiatrisk problematik och äldre med psykisk ohälsa utvecklas.

För de psykiskt funktionshindrade finns en översjuklighet och överdödlighet i kroppslig sjukdom som måste beaktas i samverkan mellan psykiatri, den somatiska länssjukvården, primärvården och kommunen. Ansvarsområden behöver klarläggas och samarbetsmodeller måste formuleras. Detta kan bland annat ske genom utveckling av vårdkedjor och vårdprogram.

Samverkan behöver utvecklas mellan specialistpsykiatrin och primärvården, på regional nivå mellan verksamhetsledningarna för vuxenpsykiatrin och primärvården kanaliserat via de båda sektorsråden, och på den lokala nivån med ett samarbete inom primärvårdsområdet. Vuxenpsykiatrin och primärvården bör också utveckla samarbetet kring den enskilde patienten på vårdcentralsnivå.

Med andra myndigheter

För patienter med psykiska funktionshinder, psykiatireformens målgrupp, sker en betydande del av insatserna inom den kommunala vården och omsorgen. Specialistpsykiatrin skall tillsammans med varje kommun utarbeta ett samverkansdokument för att beskriva formerna för samarbetet kring denna patientgrupp.

Samarbetet behöver också förstärkas mellan psykiatrin och kommunernas verksamheter kring andra patientgrupper som kräver samordnade insatser från de båda myndigheterna/vårdgivarna.

Formen för samverkan och vårdplanering gällande "utskrivningsklara" patienter är reglerad i lag och har följts upp med avtal mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen. Rutinerna kring de "utskrivningsklara" behöver utvecklas ytterligare.

För patienter med flera vårdgivare eller flera behandlare förslås att en individuell vårdplan alltid upprättas, som skall vara utgångspunkten i samarbetet kring den enskilde patienten. En enhetlig regional vårdplansmodell bör utformas.

Samverkansaktiviteter inbegriper en stor mängd aktörer utöver de ovan nämnda. Det är dels ytterligare verksamheter inom regionens egen organisation som exempelvis habilitering och andra medicinska specialiteter. Dessutom är arbetsgivaren, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och företagshälsovården viktiga samverkansparter i rehabiliteringsarbetet.

Genom ny lag finns utökade möjligheter att i gemensamma nämnder utveckla samarbetet mellan olika myndigheter utifrån lokala förutsättningar.

Med brukare och anhöriga

Viktiga samarbetspartner är de olika brukar-/anhörigorganisationerna. Brukarinflytandet skall ökas genom lokal samverkan med de olika organisationerna. I första hand de psykiatriska verksamheterna, men även övriga verksamheter som ger insatser till människor med psykisk ohälsa och sjukdom, skall ha kontinuerliga informationsmöten med intresseföreningarna. Dessa möten skall på sikt utvecklas till dialog- och samverkansmöten för planering och utformning av vården. För utökat brukar- och anhöriginflytande skall vid varje verksamhets- och primärvårdsområde finnas ett brukarråd som deltar i detta arbete och därigenom också säkerställer ett förbättrat stöd till anhöriga. Ekonomiska medel behöver avsättas för brukarmedverkan. Detta bör ske genom det bidrag handikappkommittén ger till de olika organisationerna.

Familjens och övriga närståendes betydelse för behandlingsresultatet vid allvarlig psykisk ohälsa är väl dokumenterad, en kunskap som idag inte tas tillvara i tillräcklig utsträckning. För att säkra anhöriginflytande på individnivå bör lokala riktlinjer och rutiner för familj- och nätverksarbete finnas. Genom att de närstående erhåller information ges behövande och lugnande kunskaper.

Detta innebär att:

- Vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri får i uppdrag att lokalt anpassa ansvars- och åldersfördelning mellan verksamheterna för gruppen unga vuxna 16-25 år.
- Verksamhetsledningarna gemensamt ansvarar för att det utvecklas samarbete på regional nivå mellan vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt allmänmedicin.
- Verksamhetsledningarna för specialistpsykiatri och primärvård inom varje primärvårdsområde ansvarar för att utveckla lokalt samarbete.
- Ett samarbete kring gemensamma patienter skall upparbetas mellan vuxenpsykiatri och varje vårdcentral.
- Vårdkedjor och vårdprogram mellan psykiatri och primärvården utvecklas för vissa diagnosgrupper.
- Vuxenpsykiatri sluter ett lokalt samverkansavtal med varje kommun och primärvården kring de psykiskt funktionshindrade. För varje patient med flera vårdgivare/behandlare upprättas tillsammans med patienten en gemensam vårdplan utformad enligt regional mall
- Alla psykiatriska verksamheter har en utvecklad brukarsamverkan med brukarinflytande
- Lokala riktlinjer och rutiner för familj- och nätverksarbete utvecklas

Utveckling av vård- och behandlingsformer

Psykisk sjukdom inom allmänmedicinen och primärvårdens kompetensområde

Av primärvårdens alla läkarbesök utgörs 25 % av depressions- och ångestsjukdomar; cirka en tredjedel av alla besök har psykisk sjukdom som grund

De psykiatriska insatser som ryms inom allmänmedicinens och primärvårdens kompetensområde kan lämpligen benämnas "primärvårdspsykiatri" till skillnad mot specialistpsykiatri.

Många med psykiska problem behandlas inom primärvården. Den första linjens sjukvård och den första bedömningen vid befarad ohälsa åvilar primärvården oavsett behovsgrupp. Det gäller tidig upptäckt, diagnos, behandling, rehabilitering och uppföljning inom sitt kompetensområde, men också som remittent och uppföljare gentemot den specialiserade psykiatri.

Dessa primärvårdsuppgifter löses inom ramen för BVC, MVC, skolhälsovård, ungdomsmottagningar, mottagningsverksamhet på vårdcentraler, hemsjukvård och i kommunens särskilda boenden. Denna arbetsform, "primärvårdspsykiatri", behöver utvecklas inom varje primärvårdsområde i

Västra Götaland genom samarbete mellan primärvården, specialistpsykiatrin och berörd kommun.

Primärvården måste tillföras erforderlig psykosocial/psykologisk kompetens på vårdcentralerna för att kunna möta detta behov.

Öppna och alternativa vårdformer

Utvecklingen med fler öppna och alternativa vårdformer bör fortsätta som en del av den specialistpsykiatriska vårdkedjans närsjukvård. Pågående utveckling av lokala mobila team, vissa med inriktning mot specifika behovsgrupper och etablering av integrerade former av öppen och sluten vård bör fortsätta inom varje sjukhusområde. Exempel på sådana kan vara kombinerade sluten- och öppenvårdsenheter, s.k. SLÖP-enheter. Dessa mera öppnare psykiatriska mellanvårdsformer utformas olika beroende på geografiska förutsättningar och befolkningsunderlag.

Övriga alternativa vårdformer är psykiatriska krisboenden i anslutning till psykiatrisk öppenvård eller mobila team, i vissa fall riktade till specifika behovsgrupper. Dessa vårdformer möter på ett bra sätt behoven för patienter som nyinsjuknat i psykos. De är också väl lämpade för psykiskt funktionshindrade, psykiatireformens målgrupp, bl.a. genom en lätt tillgänglig, avdramatiserad sluten vård och behandlingskontinuitet i öppen och sluten vård. Etablering av dessa utgör samtidigt ett led i avlastningen av den slutna akutsjukvården. Förslag till utformning av vården finns i Socialstyrelsens kunskapsöversikt från 2003, Vård och stöd till patienter med schizofreni.

Psykiatrin har därutöver ansvar för att i samarbete med kommunen ge specialistpsykiatriska insatser i kommunala boenden och dagverksamheter för människor med psykiska funktionshinder.

Sluten vård

Utvecklingsplanen har ej särskilt utrett eller värderat slutenvårdssituationen förutom kartläggningar 2003 och 2004 (rapportering till Nationelle psykiatrisamordnaren) samt förslag till avlastning av den akuta slutenvården genom utbyggnad av alternativa vårdformer. Antal vårdplatser för allmänpsykiatrisk vård uppgår till ca 750 i regionen.

Behov av akutvårdplatser inom allmänpsykiatrin har stort samband med hur övrig psykiatri och kommunalt stöd är utvecklat. Vårdplatsbehovet påverkas också bland annat av antalet asylsökande patienter som söker vård.

Förutom inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset, SU, råder i huvudsak balans mellan tillgång och behov av akutvårdplatser. I Södra Älvsborgs sjukhus saknas särskilda vårdplatser för vård av särskilt vårdkrävande patienter. Vården har historiskt sett varit förlagd till Restad Gård, Vänersborg. Under 1990-talet övertog SÄS utan ekonomisk kompensation ansvaret för sina patienter, vilket bl a medfört behov av att köpa vård externt.

Sammantaget redovisas en brist på ca 40 vårdplatser exklusive rättspsykiatrin. Nybyggnaden vid SU/Östra för allmänpsykiatrin möjliggör ett tillskott med 30 vårdplatser 2006. Behov av regionala vårdplatser finns däremot för vissa specifika behovsgrupper, där en regiongemensam planering behöver komma till stånd

Rättspsykiatrins utbyggnad förväntas på sikt frigöra allmänpsykiatriska vårdplatser främst inom SU och tidigast 2007-2008. För rättspsykiatrin spelar antalet "nydömda" till rättspsykiatrisk vård och patienternas vårdtider stor roll för vårdplatsbehovet, beslut som domstol förfogar över.

En läkande, funktionell och säker vårdmiljö är en viktig förutsättning för en framgångsrik behandling. På vissa håll uppfyller slutenvården inte dessa krav.

IT-baserad vård

Projekt med IT-baserad behandling av panikångest pågår i Stockholm och Uppsala. Utfallet av projekten skall tas tillvara inom regionens psykiatri. Information för tillgänglighet och kunskapsförmedling, patient- och anhöriginformation samt utbildning för egenvård är andra användningsområden. En interaktiv hemsida för psykiatrin är till hjälp för utveckling av IT-baserad vård.

Tillgänglighet

Begreppet tillgänglighet avser utöver väntetider också en öppen och samhällsnära vård och har i detta arbete givits en bred innebörd. Här avses summan av mental och fysisk tillgänglighet utifrån patientens/brukarens perspektiv. Begreppet förutsätter att nödvändig kompetens och resurser finns hos berörda vårdgivare och myndigheter så att var och en skall kunna ta sitt samhällsansvar för vård och stöd. Vidare förutsätts att samarbete mellan olika vårdgivare/samhällsaktörer, patient/brukare och närstående sker på ett organiserat sätt.

I mars 2004 väntade nära 1500 patienter på ett första läkarbesök inom den vuxna specialistpsykiatrin. Vid regionens olika vuxenpsykiatriska mottagningar har från 36 % till 100 % av patienterna fått ett första planerat läkarbesök inom 3 månader. Väntetiden till övriga personalkategorier varierar. Därutöver tillkommer väntetid innan behandling påbörjas.

Tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatrins mottagningar var i mars 2004 varierande. Flera enheter hade väntetider på 4 veckor eller mindre och tog emot merparten inom 3 månader. Andra enheter rapporterade långa väntetider. Väntetiden varierade till olika personalkategorier.

Målet är att patienter skall få sitt vårdbehov tillgodosett i planerad verksamhet så att antalet akuta besök minskar. Målet är också att tillgängligheten skall stärkas för dem som har svårast att få sina behov tillgodosedda. De psykiskt sjuka omfattas av samma vårdgaranti som för somatiskt sjuka.

Detta innebär att:

- Beteendevetenskaplig kompetens i form av psykolog och/eller kurator utökas på vårdcentralerna med målet att det finns en beteendevetare på varje vårdcentral/per 10 000 invånare [R]
- Vårdcentralernas kompetensstruktur kompletteras och allmänläkare tillförsäkras kompetens för "primärvårdspsykiatri" [R]
- SLÖP/mellanvårdsform/krisboende med mobilt team bör finnas för nyinsjuknade patienter i psykosjukdom [R]
- SLÖP/mellanvårdsform/krisboende med mobilt team bör finnas för psykiskt funktionshindrade patienter [R]
- En kontinuerlig översyn av allmänpsykiatrins vårdplatssituation och vårdmiljö bör göras
- Behandling skall ges så långt som möjligt i planerad verksamhet.
- Extern hemsida upprättas för information om den psykiatriska verksamheten inom regionen
- Öppna och samhällsnära vårdformer utvecklas och förstärks [R]
- Psykiskt sjuka har samma vårdgaranti som andra sjukdomsgrupper

De stora sjukdomsgrupperna/folksjukdomarna

Till de stora sjukdomsgrupperna/folksjukdomarna inom psykiatrin räknas

- psykosjukdomar med schizofreni
- depressionssjukdomar med manisk-depressiv sjukdom (bipolär sjukdom)
- ångestsjukdomar med fobier och tvångssyndrom
- demenssjukdomar
- missbruk och beroende av alkohol (med samtidig psykisk sjukdom och/eller personlighetsstörning)

De äldres psykiska hälsa måste särskilt beaktas. Annorlunda förekomst av psykisk sjuklighet, ofta olikartad sjukdomsbild och särskilda förutsättningar för behandling och biverkningar kännetecknar psykiska sjukdomar hos äldre.

Personer med *allvarliga personlighetsstörningar* och personlighetsstörningar *i kombination med allvarlig psykisk sjukdom och missbruk* är en grupp som har stora vårdbehov.

En ny och tills nyligen växande grupp är den med *utmattningssyndrom (utbrändhet/stressrelaterade sjukdomar)* som emellertid nu verkar minska eller "absorberas" av andra diagnosgrupper.

En fördjupning av utvecklingsbehovet av vården för vissa sjukdomsgrupper har gjorts inom ramen för utvecklingsplanen. Föreslagna Regionala kompetenscentrum avses bl.a. få i uppdrag att samla det regionala utvecklingsarbetet för de stora sjukdomsgrupperna. Det finns redan en omfattande kunskap och kompetens som närmast behöver en regional samlingspunkt för FoU och kunskapspridning.

För flera sjukdomsgrupper finns aktuella kunskapsöversikter, nationella handlingsplaner (Socialstyrelsen) och rapporter från Statens beredning för utvärdering av medicinsk behandling (SBU-rapporter) med tillgänglig behandlingsevidens.

Psykossjukdomar inklusive schizofreni

Utvecklingsplanen har inom diagnosgruppen psykossjukdomar inklusive schizofreni fokuserat på de angelägna behovsgrupperna som medför psykiska funktionshinder. För en genomgång av aktuellt kunskapsläge och av psykosvården i ett nationellt perspektiv hänvisas till "Vård och stöd till patienter med schizofreni – En kunskapsöversikt", Socialstyrelsen 2004.

Depressionssjukdomar med manisk-depressiv sjukdom

Depression är den psykiatriska sjukdomsdiagnos som genererar mest sjukdomsburda. Obehandlad eller otillräckligt behandlad depression medför lång sjukdomstid och en dödlighet i självmord på ca 10-15 %, även om sjukdomen efterhand oftast självläker. Depression har stor samsjuklighet med andra sjukdomar, särskilt med hjärt-kärlsjukdomar. Vid hjärtinfarkt försämrar en samtidig depression prognosen för tillfrisknade och överlevnad. Det finns effektiv behandling mot depressionssjukdomar, en kunskap, en förbättrad diagnostik och tillgänglighet till vård som måste öka.

En höjning och komplettering av kompetensen behövs inom primärvården.

I SBU:s rapport, februari 2004, finns en utförlig genomgång av kunskapsläget och utvärdering av olika behandlingsmetoder. Vid "rätt" behandling är prognosen för att tillfriskna god.

Läkemedelsverket har nyligen också publicerat en genomgång av forskningsfronten och behandlingsstrategier vid depression.

Ångestsjukdomar med fobier och tvångssyndrom

Ångestsjukdomarna omfattar generell ångest, panikångest, fobier d.v.s. ångestreaktion inför särskilda föremål eller situationer samt tvångssyndrom i form av tvångstankar och/eller tvångshandlingar.

Ångest är en del av människans naturliga reaktioner bland annat för att kunna möta stress. Naturlig ångest är därför en skyddande/stärkande och positiv egenskap hos människan. Ångest kan ta sig extrema uttryck och utvecklas till en förgörande och förlamande psykisk sjukdom med psykiska och kroppsliga symtom som ibland också medför invalidiserande sociala handikapp.

Ångest finns ofta som ett delsymtom i eller förekommer samtidigt med annan psykisk sjukdom. Inom specialistpsykiatri svarar ångestsjukdomarna för 25 % av öppenvårdsbesöken och drygt 12 % av intagningsdiagnoserna. Inom primärvården utgör ångest och depression tillsammans orsaken till ca 25 % av alla läkarbesök och är de "största" diagnoserna vid långtidssjuk-skrivning och nybeviljade förtidspensioner.

I dag finns effektiva behandlingsmetoder både i den akuta situationen och på lång sikt i form av psykoterapi, beteendeterapi och läkemedel, ofta i kombination.

På samma sätt som för depressionssjukdomar behövs en ökad kompetens i primärvården.

Inom SBU pågår ett projekt om behandling av ångestsjukdomar.

Demenssjukdomar

I åldrarna över 65 år drabbar demens 8 % av befolkningen och insjuknandet ökar med ökad ålder. Samhällskostnaderna för demenssjuka - inräknat sjukvårdens och kommunens kostnader - är ca 35 Miljarder årligen.

En nära samverkan mellan primärvård, specialistpsykiatri och kommun är nödvändig bl.a. med gemensamt utformade vårdprogram och gemensamma vårdplaner. Där anges ansvarsfördelning avseende upptäckt, diagnostik, utredning/specialistutredning, aktiv behandling och omvårdnad.

Inom SBU pågår ett projekt om behandling av demenssjukdomar.

Missbruk och beroende av alkohol (med samtidig psykiskt sjukdom och/eller personlighetsstörning)

Socialtjänsten har det övergripande ansvaret för att tillse att missbrukare kommer under vård och behandling liksom ansvaret för social rehabilitering.

Ansvaret för den specialiserade psykiatriska behandlingen åvilar psykiatrin och den psykiatriska beroendevården. Psykiatrin har samma ansvar för psykiatriska problem bland missbrukare som för andra befolkningsgrupper.

Primärvården skall kunna erbjuda tidig intervention samt behandlingsinsatser för grupper utan allvarlig psykiatrisk problematik. Såväl primärvård som psykiatri måste samordna sina behandlingsinsatser och sitt utvecklingsarbete med socialtjänstens övergripande funktion.

Patienter med allvarlig psykisk sjukdom/störning och ett samtidigt missbruk, s.k dubbeldiagnos, är den grupp som både före och efter psykiatrireformen har haft svårast att få sina behov tillgodosedda. Patienterna har behov av insatser både från landsting och kommun. Många är utagerande vilket skapar otrygghet hos vårdpersonalen och vissa har begått våldsbrott under påverkan av sin komplexa psykiska sjukdom.

Inom samtliga verksamhetsområden - psykiatri, primärvård och kommun - är kunskapen ofta otillräcklig avseende utredning, diagnostik och behandling. Många i patientgruppen har dessutom funktionsstörningar inom olika områden och behöver omfattande rehabilitering/habilitering. Gemensamma riktlinjer för behandling och vård behöver arbetas fram och mellanvårdsformer etableras i samarbete med och under kommunalt ansvar.

Antalet missbrukare ökar och missbruket av alkohol och narkotika går allt längre ner i åldrarna. Inom beroendevården finns särskilda behovsgrupper, framförallt kvinnor och unga missbrukare, där en utveckling och förstärkning av verksamheten är nödvändig. För dessa grupper behövs i första hand särskilda psykiatriska slutenvårdsformer för akuta insatser och öppen-vårdsteam utformas.

I SBU-rapport 2002 görs en genomgång av kunskapsområdet och visar på flera framgångsrika, men också en del ineffektiva behandlingsmetoder. En Nationell handlingsplan från Socialstyrelsen kommer under slutet av år 2004.

Psykiskt funktionshindrade

De psykiskt funktionshindrade, som utgör Psykiatireformens målgrupp, är oavsett psykiatrisk diagnos den kanske mest angelägna behovsgruppen inom specialistpsykiatri och för kommunen.

Psykiatireformens målgrupp enligt Socialstyrelsens definition:

Personer 18 år eller äldre med svår psykisk sjukdom/störning som orsakat en funktionsnedsättning i sådan grad att den inverkar på den dagliga livsföringen (sociala konsekvenser) och att detta handikapp bedöms som långvarigt.

Även primärvården har en stor betydelse för dessa patienters somatiska hälsa, som ofta blivit eftersatt.

Uppföljning av de psykiskt funktionshindrades och deras anhörigas situation görs återkommande och publiceras av Socialstyrelsen.

Detta innebär att:

- Behandlingsmetoder skall överensstämma med nationella riktlinjer samt aktuella SBU-rapporter
- Specialistteam för särskilt definierade behovsgrupper utvecklas inom varje sjukhusområde, t.ex. äldrepsykiatri [R]
- Psykiatriska team behövs för patienter med dubbeldiagnos, för att bl.a. ge stöd i särskilda kommunala boenden [R]
- Rehabilitering/habilitering i arbetsliknande miljö etableras gemensamt mellan psykiatri, kommun, försäkringskassa och arbetsförmedling
- Inom narkomanvården etableras en regional avgiftningsenhet samt en regional mottagning för substitutionsbehandling (Subutex/Metadon) [R]
- För gruppen missbrukande kvinnor skapas en regional avgiftningsenhet [R]
- Det psykiatriska omhändertagandet av missbrukande gravida kvinnor förbättras
- För unga vuxna med långt gånget missbruk och allvarlig psykisk störning etableras i samarbete med kommunerna en regional motivations- och avgiftningsenhet [R]
- Utredning och behandling av somatiska problem hos missbruksgruppen förbättras i samarbete med primärvården

- Kunskap och rutiner för riskbedömning och riskhantering beträffande farlighet utvecklas

Särskilda behovsgrupper

Ätstörningar

Inom regionen finns idag ett flertal specialiserade öppna mottagningar för patienter med ätstörningar. Genom stöd från primärvården kan specialistmottagningarna avlastas. Inom slutenvården kommer under 2004 en regional enhet att etableras för barn och unga vuxna upptill 25 år. Det finns idag inte tillräckligt underlag för bedömning av om detta motsvarar regionens hela behov av slutenvård. Behov kan finnas även av en regional enhet för vuxna patienter med ätstörningar.

En fortsatt översyn av hela vårdkedjan för ätstörningar bör ske.

Neuropsykiatriska störningar hos vuxna

I relation till storleken av målgruppen vuxna med neuropsykiatriska störningar och dess omfattande behov av insatser är regionens specifika resurser begränsade. Utredningsteam finns på flera orter, men en utveckling bör ske med specialistteam i regionens alla delar. Dessutom bör ett regionalt team tillskapas för främst kunskaps- och metodutveckling, men också med utredningsresurs och tillgång till slutenvård. Därigenom tillvaras Vuxenprojektets” erfarenheter och den verksamhet som bedrivs under 2004 av barnneuropsykiatri (BNK), Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Detta innebär att:

- En fortsatt översyn av vårdkedjan för ätstörningar görs och speciellt beträffande behovet av ytterligare slutenvård
- En utveckling sker med specialistteam för vård av neuropsykiatriska störningar för vuxna inom alla regionens delar [R]
- Ett regionalt team tillskapas för bland annat kunskaps- och metodutveckling kring gruppen vuxna med neuropsykiatriska störningar [R]
- Gemensamma vårdprogram och behandlingsprogram utvecklas

FoUU

Kunskaps- och kompetensutveckling

Inom vuxenpsykiatri

Regionens psykiatri stödjer sig på vetenskapligt underlag för psykiatriens metoder för utredning, vård och behandling och tillvaratar därmed de möjligheter som finns för att nå ett framgångsrikt resultat. Tillämpning av en evidensbaserad psykiatri förutsätter samtidigt tillgång till adekvat kompetens.

Insatser till människor med psykisk ohälsa ges från olika verksamheter och organisationer. Därför behöver kunskap och kompetens utvecklas inom flera områden och på olika nivåer.

Verksamhetsuppföljning och resultatutvärdering med gemensamma regionala och nationella mått, samt återkommande kliniska kvalitetsrevisioner utgör en integrerad del av varje verksamhets utveckling.

Regionala kompetenscentrum föreslås vara den form som skall utgöra navet för psykiatrins FoU-verksamhet, utveckling av vårdprogram och samtidigt vara den naturliga mötesplatsen med universitet och högskola.

Inom vuxenpsykiatri, primärvård och kommun

En utveckling av både kunskap och kompetens behöver ske både inom vuxenpsykiatri och primärvården samt inom den kommunala psykiatri. Gemensamt behöver kunskaps- och metodutveckling ske inom de olika vårdnivåerna avseende bl.a. missbruksvård, psykossjukdomar inkl schizofreni, målgruppen för psykiatrireformen och vården av äldre med psykisk ohälsa.

Gemensam kompetensutveckling behöver ske för de olika verksamheterna inom psykiatri och primärvården kring depression, ångestsjukdomar, neuropsykiatri för vuxna, ätstörningar samt för omhändertagandet av patienter som gjort självmordsförsök.

Självmord utgör den vanligaste dödsorsaken i åldersgruppen 15 - 44 år i procent av antalet dödsfall. Personal som arbetar med självmordsnära patienter skall erhålla handledning och utbildning. Ett regionalt självmordsförebyggande program skall utformas och implementeras och regionala indikatorer kring omhändertagande efter självmordsförsök bör fastställas.

För flera sjukdomsgrupper t.ex. måttlig och lindrig depression samt ångesttillstånd och fobier finns det evidens för att psykoterapi i form av korttidsterapi, kognitiv terapi, men också psykodynamisk och interpersonell terapi ger god effekt. Regionen bör verka för att fler patienter kan få tillgång till kognitiv behandlingsform.

SBU har gjort flera granskningar av behandlingsresultat och det vetenskapliga underlaget inom det psykiatriska området. Resultatet av rapporterna skall implementeras inom psykiatri och primärvården.

Inom primärvården

Omhändertagandet av patienter med psykisk sjukdom inom allmänmedicinens och primärvårdens kompetensområde behöver utvecklas inom varje primärvårdsområde i Västra Götaland genom samarbete mellan primärvården, specialistpsykiatri och berörd kommun.

En viktig resurs för att förebygga och tidigt upptäcka psykisk ohälsa är *ungdomsmottagningarna*. Ungdomar ser sig oftast ej som sjuka utan väljer okomplicerade sätt att söka vård. Många med olika psykiska problem kan få

tillräckligt stöd på en ungdomsmottagning och behöver inte kontakter med vårdcentralen eller specialistpsykiatri. Det är därför viktigt att regionens ungdomsmottagningar kan erbjuda tillräcklig psykologisk och social kompetens, och att personalen samarbetar med specialistpsykiatri. Ungdomsmottagningarna bör ha ett regiongemensamt tydligt uppdrag och motsvarande kompetens. I samarbete med kommunerna pågår en översyn av ungdomsmottagningarnas uppdrag.

För gruppen med *utmattningssyndrom* har primärvården basansvaret. För att möta behoven från denna patientgrupp behövs teamsamverkan och en förstärkning med personella resurser. Utveckling av vården bör ske i nära samverkan med Institutet för stressmedicin.

Detta innebär att:

- Gemensamt regionalt kompetensutvecklingsprogram inom psykiatri tas fram.
- Regionala riktlinjer fastställs kring omhändertagande efter självmordsförsök [R]
- Kompetens och därmed behandling med kognitiv terapi och korttidsterapi utvecklas [R]
- Omhändertagandet av personer med utmattningssyndrom utvecklas
- Sjuksköterska med särskild kunskap om psykiatri skall finnas på varje vårdcentral [R]

Forskning och utveckling

Den psykiska ohälsan och sjukligheten står för en betydande del av behovet av vårdinsatser. Detta motsvaras dock inte av de resurser för klinisk, patientnära forskning och utveckling, FoU, som finns inom psykiatri och primärvården, varför också FoU-kulturen är mindre utvecklad inom dessa verksamhetsområden. Psykiatri saknar dessutom i hög grad den uttalade subspecialisering som finns inom det somatiska området.

Det finns idag ett antal områden där den forskning som sker i Västra Götaland är banbrytande, framförallt inom Sahlgrenska universitetssjukhuset. Inom barn- och ungdomspsykiatri sker världsledande forskning kring neuropsykiatriska funktionshinder. Framgångsrik forskning sker också kring psykisk sjukdom i hög ålder och demens, men också inom bl.a. missbruksvård, psykofarmakologi, självmordsområdet, psykosomatiska sjukdomar och bipolär sjukdom.

Vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus kan nämnas områden som ätstörningar, tvångssjukdomar/ ångest, familjearbete och socialpsykiatri.

På Skaraborgs sjukhus, SkaS, finns ett FoU-centrum, till vilket är anslutet en FoU-enhet inom psykiatri.

Resurserna för FoU-projekt och vetenskapliga studier inom området psykisk ohälsa behöver förstärkas. Ett första steg föreslås vara att successivt utveckla Regionala kompetenscentrum för de olika psykiatriska sjukdomsgrupperna. Dessa centrum kan också utveckla arenor och former för forsk-

ningssamarbete mellan den akademiska fakultetsforskningen, högskolor och den kliniska patientnära FoU-verksamheten, men också med den kommunalt bedrivna FoU-verksamheten. Ett första steg i en sådan utveckling är att etablera professionella nätverk för de viktigaste behovsgrupperna.

Psykiatrins och den allmänmedicinska vårdens andel av regionala FoU-medel är marginell. Deras rimliga andel föreslås riktas direkt till en uppbyggnad av Regionala kompetenscentrum.

Inom vissa områden finns på nationell nivå ett FoU-samarbete mellan landstingen. Detta gäller bland annat inom ätstörningar där regionen föreslås aktivt medverka i NÄT – Nationellt kunskapscentrum för ätstörningar.

Redan idag finns en mängd epidemiologiska data som också sannolikt kommer att öka. Det är viktigt att kvalitetssäkra och utveckla befintliga och kommande data för att dessa skall kunna användas som planerings- och utvecklingsverktyg. Regionen bör också utnyttja möjligheten att delta i relevanta nationella folkhälsoundersökningar. Jämförelsemått på psykisk hälsa/ohälsa och sjuklighet i befolkningen föreslås fortlöpande tas fram för att kunna följa utvecklingen och avläsa effekter av de samlade insatser som görs.

Detta innebär att:

- Klinisk, patientnära forskning och utveckling i samarbete med akademien tillförsäkras genom att snarast påbörja utvecklingen av Regionala kompetenscentrum genom att etablera professionella nätverk för de viktigaste behovsgrupperna [R]
- Aktivt samarbete och delta i NÄT
- Befintliga och kommande data kring psykiatrisk sjuklighet kvalitetssäkras och utvecklas för att användas som planerings- och utvecklingsverktyg
- Regionen skall medverka i relevanta nationella folkhälsoundersökningar så att epidemiologiska data tillförsäkras [R]

Kvalitet

Det finns svårigheter inom psykiatrin att visa på tydliga resultat av den vård och behandling som ges. Nationellt har ett gemensamt arbete mellan landsting och kommuner påbörjats för resultat- och verksamhetsuppföljning. Västra Götalandsregionen förutsättes fortsätta att delta i och följa detta.

Psykiatrin bör redan nu fastställa gemensamma resultat- och kvalitetsinstrument i form av bland annat kvalitetsindikatorer för att sedan påbörja gemensam registrering av data. Inom det psykiatriska området finns fyra tämligen nystartade kvalitetsregister, Schizofreny – Nyinsjuknade i schizofreni, Kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom, RIKSÄT – Specialiserad behandling av ätstörningssjukdom samt BUSA – barn och ungdom med svår AD/HD. Regionens enheter bör ansluta sig till dessa.

Ett annat sätt att granska klinisk verksamhet är genom medicinska och kliniska kvalitetsrevisioner. Ett samarbete bör sökas med övriga landsting.

Inom en tre årsperiod bör regionens alla psykiatriska verksamheter ha varit föremål för sådan revision.

Detta innebär att:

- Regionen fortsätter att aktivt ta del i nationellt kvalitetsarbete med anslutning till nationella kvalitetsregister inom psykiatri.
- Föreslagna gemensamma resultat – och kvalitetsindikatorer för regionens psykiatri fastställs och implementeras senast 2007 med stödjande system för registrering och analys [R]
- Systematiska medicinska och kliniska kvalitetsrevision påbörjas och möjliggörs genom utbildning av revisorer och nationellt samarbete [R]

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aspekter

Hälsofrämjande arbete - promotion - är befolkningsinriktat och fokuserar på skyddsfaktorer (friskfaktorer) som t.ex. stödjande miljöer, meningsfull samsättning, social gemenskap, socialt stöd, sociala nätverk, fritid, känsla av sammanhang m.m.

Primärprevention tar sin utgångspunkt i ett riskbeteende eller riskgrupper i samhället. Sekundärprevention är en annan typ av förebyggande arbete, t ex vård och behandling av enskild patient eller specifika åtgärder som syftar till reducera återfall i sjukdom/ohälsa.

En del av hälso- och sjukvårdens individinriktade arbete är att medvetandegöra patienten om det egna ansvaret för hälsan. Ibland kan det vara att motivera patienter att prova alternativa strategier utanför vården t.ex. för sin psykiska ohälsa, såsom att engagera sig i patientföreningar och självhjälp-grupper etc.

En viktig del av det förebyggande och hälsofrämjande arbetet riktas till familjen och inte minst barn och ungdom, bl a vid psykisk sjukdom hos förälder. Droger är ett annat område där hälso- och sjukvården, kommun m.fl. behöver utveckla sitt samarbete, både primär- och sekundärpreventivt.

För primärvården och barn- och ungdomspsykiatri finns ett omfattande hälsofrämjande uppdrag med preventivt arbete från tidigaste åldrar. Vuxenpsykiatri skall genom nära samverkan utveckla former för tidig upptäckt och behandling samt kunskapsförmedling och genom att ge varningssignaler aktivt medverka i det primärpreventiva arbetet.

Genusperspektiv

Inom sjukvården och för psykiskt sjuka är det angeläget att könsperspektivet och frågan om jämställd vård – lika vård på lika villkor för män och kvinnor - uppmärksammas och belyses.

Kvinnor och män uppvisar olika sjukdomsmönster generellt. Män dör av sina sjukdomar (och tidigare), kvinnor lever med sina sjukdomar (och läng-

re). Kvinnor upplever sig sjukare, har högre vård- och läkemedelskonsumtion. Kvinnor är i högre utsträckning långtidssjukskrivna.

Inom psykiatrin ses också olika sjukdomsmönster. Män är större konsumenter av slutenvård, kvinnor av psykofarmaka. Män är överrepresenterade vad gäller beroendesjukdomar, tunga psykoser, våld, genomförda självmord, personlighetsstörningar och inom rättspsykiatrisk vård. Kvinnor uppvisar mer av depressioner, självmordsförsök, sömnproblem, ångest och trötthetstillstånd.

Allmänt sett svarar kvinnor bättre på behandling och visar bättre rehabiliteringsresultat än män. Det kan ha sin förklaring i att kvinnor söker vård tidigare, i större utsträckning har behandlingsbara sjukdomar eller kanske att den psykiatriska vården är utformad så att den passar kvinnor bättre, bl.a. kvinnors samtalskompetens. Ett undantag är missbruksvården som tidigare oftast varit utformad efter mäns behov. Kvinnliga missbrukare har identifierats senare och vårdutbudet har passat kvinnorna sämre. Särskilt utformade behandlings- och vårdformer för kvinnor har visat sig framgångsrika.

Information och attityder

Psykiatrin och psykiska sjukdomar omges ofta av negativa attityder och fördomar. Kunskapen om behandlingsresultat är också begränsad. Information om psykiatrins vårdformer och behandlingsmöjligheter bör ges till befolkningen och media på ett lättillgängligt, genomtänkt och långsiktigt sätt för att åstadkomma en varaktig kunskapsförmedling och attitydförändring. Ett första steg är att upprätta en gemensam hemsida med information om den psykiatriska vården och vårdutbudet i Västra Götaland.

Detta innebär att:

- Informations och kunskapsspridning bör utformas i nära samarbete med brukar- och intresseorganisationer
- Enkäter om befolkningens förtroende för regionens sjukvård och förtroendet för att vända sig till den vid psykisk ohälsa bör göras fortlöpande

Struktur och organisation

Den regionala utvecklingsplanen behandlar i huvudsak innehållet i regionens psykiatri inklusive gruppen unga vuxna 16-25 år. Utredningens allmängiltiga synpunkt är att struktur och organisation skall stödja utövande och utveckling av den psykiatriska vården.

Insatser till människor med psykisk ohälsa skall utgå från patientens olika störningar, problem och behov i ett helhetsperspektiv. Insatser ges från specialistpsykiatri, primärvård och kommunal psykiatri. Den specialiserade psykiatrin har tre grenar, barn- och ungdomspsykiatri, allmänpsykiatri i öppen och sluten vård samt rättspsykiatri.

Alla i verksamheten skall beakta vårdens etiska grundprinciper och eftersträva att utöva en alltigenom humanistisk psykiatri. Det är därför en viktig strukturaspekt att fördjupa arbetet med en gemensam värdegrund för den psykiatriska vården inom såväl barn- och vuxenpsykiatrin som primärvården.

Strukturaspekter

Den specialiserade vuxenpsykiatrin, som är "andra linjens sjukvård", kännetecknas av sammanhållna vårdkedjor med alltmer integrerade vårdformer av sluten, halvöppen och öppen vård. Specialistpsykiatrin innefattar hög-specialiserad vård, regional vård/regionala vårdinsatser, samhällsnära vårdformer och ingår samtidigt som en del i närsjukvården. Detta är en förutsättning för patientkontinuitet och adekvat behandlingskompetens i tvärprofessionella team med hög akademisk närvaro.

Den sammanhållna organisationen underlättar kompetensutveckling och rekrytering i hela vårdkedjan.

Primärvården behöver komplettera sin verksamhet med kompetens och behandlingsformer inom sitt område.

Specialistpsykiatrins nära samverkan med kommunerna rörande de psykiskt funktionshindrade och missbrukare, med kriminalvården och andra huvudmän måste stödjas och underlättas av vårdstrukturen.

Organisationsaspekter

Under pågående arbete med utvecklingsplanen har alternativa former för den psykiatriska organisationen diskuterats med syfte att tydliggöra psykiatrinns uppdrag. Det kan konstateras att det finns många samband med vårdgrannar vilket gör att organisationsfrågan är komplex. Organisationsförändringar bör istället bli en följd av den framtida utvecklingen av strukturen för den psykiatriska vården.

Psykiatrisk vård innehåller både frivillig vård och tvångsvård enligt särskilda lagar, Lag om psykiatriska tvångsvård, LPT och Lag om rättspsykiatrisk vård, LRV. Den psykiatriska tvångsvården får därför endast ges av offentlig vårdgivare och detta innebär vissa begränsningar vad gäller alternativa driftsformer.

GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING AV DEN REGIONALA UTVECKLINGSPLANEN FÖR PSYKIATRI

Ett genomförande av utvecklingsplanen för psykiatri bör samfasas med Utvecklingsstrategin för regionens hälso- och sjukvård för att på ett naturligt sätt integreras i ett regionalt sammanhållet sjukvårdssystem.

Flertalet av rapportens förslag innebär en utveckling av befintlig verksamhet utan egentliga ökade kostnader. Ett antal förslag innebär dock behov av resursförstärkning i större eller mindre omfattning för att kunna genomföras. Dessa förslag återfinns i huvudsak under avsnittet om utveckling av vård- och behandlingsformer.

Kostnader för föreslagen verksamhetsutveckling kan avseende personal- kostnader schablonberäknas enligt följande:

- Sjuksköterska, 0,4 Mkr
- Vårdplatser, 1 Mkr per vårdplats
- Specialistteam, 10 Mkr per team
- Kombinerade slutenvård- och öppenvårdsenheter (SLÖP)/mellanvårdsformer/krisboende med mobilt team, 6 Mkr per enhet

Utveckling enligt planens intentioner har inom vissa områden redan startat. Det finns också utvecklingsområden som inte förutsätter omfattande planering. Ett sådant område är insatser för förbättrad samverkan och samarbete. Verksamhetsförändringar som innebär personalrekrytering kan dock behöva ha en planeringstid om 6 – 9 månader. Där utveckling innebär helt nya enheter blir tiden för planering och start längre, och nya enheter kan vara i full drift ett år efter påbörjad planering.

Den regionala utvecklingsplanen för psykiatri innebär en långsiktig utveckling inom området. En stor del av detta arbete innebär utveckling utifrån lokala förutsättningar och i en samverkan mellan olika aktörer. Resurser på regional nivå för att säkerställa implementering och en långsiktig uppföljning är en förutsättning för att kunna följa och värdera utvecklingsarbetet.

Detta innebär att:

- Regionstyrelsen svarar för att kontinuerlig uppföljning sker.

SLUTSATSER

Psykisk sjuklighet ökar reellt och relativt gentemot andra sjukdomstillstånd och svarar för ca 25 % av den totala sjukdomsördan räknat i förlorade friska år och för tidig död i Sverige och Västra Götalandsregionen. Psykiatrisk diagnos står för 38 % av alla långtidssjukskivningar i regionen. Den psykiska sjukligheten motsvaras av ett vårdbehov som regionens samlade psykiatriska vårdutbud inom primärvård, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri i dag inte har förutsättningar att tillgodose.

Angelägen verksamhetsutveckling är etablering av alternativa vårdformer som också avlastar akutvården, förstärkning av missbruksvården, vårdformer för unga vuxna och äldre, patienter med neuropsykiatri respektive ätstörningar, självmordsförebyggande arbete och en till sjukdomspanoramata anpassad kompetensstruktur inom primärvården för att möjliggöra utveckling av "primärvårdpsykiatri". Dessutom finns det behov av att särskilt uppmärksamma barn- och ungdomspsykiatrins framtida utveckling.

Utveckling av Regionala kompetenscentrum fullt ut för relevanta diagnos- och sjukdomsgrupper tillvaratar på bästa sätt regionens samlade kompetens och kommer att avsevärt flytta fram positionerna för FoU inom psykiatriområdet.

Regionens psykiatri skall kännetecknas av en helhetssyn på patienten och dennes sjukdom, psykiska störningar och funktionshinder. Verksamheten skall beakta vårdens etiska grundprinciper och eftersträva att utöva en allt-igenom humanistisk psykiatri. Det är därför viktigt att arbeta fram en gemensam värdegrund för de psykiatriska verksamheterna.

Sammantaget med övriga förslag till utveckling och förstärkning av vården ger genomförande av den Regionala utvecklingsplanen för psykiatri goda möjligheter att uppfylla *VISION 2010*.

Angelägna och strategiska utvecklingsområden

I utvecklingsarbetet har identifierats ett antal strategiska utvecklingsområden som är mer angelägna att tidigt prioritera i utvecklingen av den psykiatriska vården. Dessa är följande:

- Etablering av flera öppna psykiatriska mellanvårdsformer som alternativ till traditionell slutenvård för psykiskt funktionshindrade och för nyinsjuknade i psykosjukdom
- Förstärkning av missbruksvården, bl a genom utveckling av psykiatriska vården för patienter med samtidig allvarlig psykisk störning och missbruk.
- Utveckling av vårdformer för unga vuxna och för äldre samt för patienter med neuropsykiatriska störningar respektive ätstörningar.
- Utveckling av regionalt vårdprogram för självmordsförebyggande åtgärder.
- Utveckling av arbetsfördelning och samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri för att möjliggöra arbetsformen "primärvårdpsykiatri"
- Metodutveckling för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet, samt att utvecklingen mot Regionala kompetenscentrum påbörjas genom etablering av professionella nätverk för de viktigaste behovsgrupperna.

BILAGOR

Bilaga 1 Projektledningsgrupp

Bilaga 2 Arbetsgrupper och arbetsgruppsledare

Arbetsgruppernas rapporter samt

Kunskapsunderlag:

Se www.vgregion.se under A - Ö med rubrik Regional utvecklingsplan för psykiatri

Projektledningsgrupp, Regionala utvecklingsplanen för psykiatri

Operativ ledningsgrupp

Projektledare
Erik Brenner
Specialitetsansvarig, psykiatri
Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra
Göteborg

Christina Möller
Planeringsledare,
Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Regionens Hus
Skövde

Per-Åke Warg
Planeringsledare, psykiatri,
projektsekreterare
Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Regionens Hus
Vänersborg

Övriga deltagare

Inger Ericsson
SACO
Sjukhuset i Falköping
Psykiatriska mottagningen
Falköping

Renja Blomgren
SKTF
Olshammsgatan
Hisings Backa

Gunnel Lundgren
SKAF
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/ Psykiatri Östra
SKAF Exp
Hisings Backa

Susanne Sorge
Vårdförbundet
Vårdförbundet avd Västra Götaland
Göteborg

Birgitta Nissfeldt
Planeringsledare
Hälso- och sjukvårdskansliet
Regionens Hus
Uddevalla

Per-Olof Olofsson
Planeringsledare
Hälso- och sjukvårdskansliet
Regionens Hus
Göteborg

Anna Winters
Planeringsledare
Hälso- och sjukvårdskansliet,
Regionens Hus
Göteborg

Anders Thorstensson
Planeringsledare
Hälso- och sjukvårdskansliet,
Regionens Hus
Borås

Sara Johansson
Utvecklingschef
Hälso- och sjukvårdskansliet,
Regionens hus
Mariestad

Stephan Ehlers
Verksamhetschef
Ordf med sektorsrådet, BUP
Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus
416 85 Göteborg

Daniel Pollack
PVO-chef
Repr Allmän med. Sektorsrådet
Primärvårdskansliet
Borås

Margareta Gren
Adjungerad
DELTA-projektet, Hisingen
DELTA-projektet
Göteborg

Förteckning över arbetsgrupper och arbetsgruppsledare, Regionala utvecklingsplanen för psykiatri

Arbetsgruppernas rapporter:

se www.vgregion.se under A- Ö med rubrik Regional utvecklingsplan för psykiatri

Arbetsgrupp	Gruppledare	Adress
1. Epidemiologi	Pia Ekblom- Johansson Planeringsledare	Folkhälsokommitténs kansli Regionens hus Göteborg
2. Unga vuxna – principer för behandlingskontinuitet vid övergång mellan ungdom och vuxen	Stephan Ehlers Verksamhetschef	Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus Göteborg
3. Vuxna med neuropsykiatriska störningar som har debuterat i barndomen	Björn Kadesjö Överläkare	Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus Barnneuropsykiatri Göteborg
4. Ätstörningar	Christina Möller Planeringsledare Op ledningsgrupp	Hälso- och sjukvårdsavdelningen Regionens Hus Skövde
5. Äldrepsykiatriska problemställningar: inför en översyn i Västra Götaland (enmansutredning)	Ingvar Karlsson Överläkare	SU/Mölndal, neuropsykiatri Mölndal
6. Utmattningssyndrom	Per Angesjö Distriktsläkare	Primärvården i Skaraborg
7. Insatser till självmordsnära patienter/patienter med hög suicidrisk	Ingela Heimann Chefsöverläkare	Psykiatriska kliniken Kungälv's sjukhus
8. Beroendeproblematik	Sven-Erik Alborn Bitr verksamhetschef	Beroendekliniken SU/Östra Göteborg
9. Utveckling mot öppnare och mer samhällsnära vårdformer	Lise-Lotte Risö Bergerlind Verksamhetschef	Psykiatriska verksamheten i Södra Älvsborgs sjukhus, Borås
10. Gemensamma kvalitets- och resultatinstrument	Bo Ivarsson FoU-överläkare	Psykiatriska verksamheten Södra Älvsborgs sjukhus Borås
11. Medicinsk- och klinisk kvalitetsrevision och brukarrevision	Göran Björling Verksamhetschef	Psykiatriska kliniken NU- sjukvården, NÄL Trollhättan
12. Regionala kompetenscentrum för olika diagnos-/behovsgrupper med psykisk ohälsa	Per-Åke Warg Planeringsledare Op ledningsgruppen	Hälso- och sjukvårdsavdelningen Regionens Hus Vänersborg
13. Brukar- och anhöriginflytande och stöd till anhöriga	Karin Hallén Sektionschef	SU/Östra Göteborg