



HUVUDRAPPORT

Sammanfattning av rapporter rörande vuxenpsykiatri i Skånsk Livskraft – vård och hälsa

April 2006

Kontaktperson:
Malou Schönström
Region Skåne
Tfn 046-15 31 33

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|-----------|
| SAMMANFATTNING OCH FÖRSLAG | 2 |
| <i>Bakgrund.....</i> | <i>2</i> |
| <i>Övergripande struktur.....</i> | <i>2</i> |
| <i>Närsjukvården.....</i> | <i>2</i> |
| <i>Specialiserad psykiatri</i> | <i>4</i> |
| <i>Slutsatser avseende psykiatrin i närsjukvården och den specialiserade psykiatrin.....</i> | <i>5</i> |
| <i>Utvärdering, uppföljning och FOU.....</i> | <i>5</i> |
| BAKGRUND..... | 6 |
| SYFTE OCH MÅL..... | 6 |
| UTGÅNGSPUNKTER..... | 6 |
| <i>Rangordning av sjukdomstillstånd.....</i> | <i>7</i> |
| <i>Prevalens</i> | <i>8</i> |
| <i>Vårdproduktion och vårdkonsumtion</i> | <i>8</i> |
| STRUKTUR OCH INNEHÅLL | 10 |
| <i>Produktionsområden.....</i> | <i>10</i> |
| <i>Vårdlogiker.....</i> | <i>11</i> |
| <i>Psykiatrisk närsjukvård</i> | <i>13</i> |
| <i>Specialiserad psykiatrisk vård.....</i> | <i>14</i> |
| <i>Högspecialiserad psykiatrisk vård</i> | <i>15</i> |
| <i>Vad är psykiatrisk närsjukvård respektive specialiserad psykiatrisk vård</i> | <i>16</i> |
| SAMVERKAN..... | 17 |
| UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING SAMT FORSKNING, UTVECKLING OCH UTBILDNING (FOUU) | 18 |
| <i>Kvalitetsaspekter.....</i> | <i>18</i> |
| <i>Struktur- och förbättringsaspekter.....</i> | <i>19</i> |
| <i>Forskning, utveckling och utbildning (FOUU).....</i> | <i>19</i> |
| BILAGA 1: KOSTNAD, VÅRDDAGAR OCH BESÖK..... | 21 |
| BILAGA 2: SJUKDOMSTILLSTÅND | 22 |
| BILAGA 3: RIKTLINJER FÖR OMHÄNDERTAGANDE | 31 |
| BILAGA 4: AKUTOMHÄNDERTAGANDE I NÄRSJUKVÅRDEN..... | 33 |

SAMMANFATTNING OCH FÖRSLAG

Bakgrund

I denna rapport sammanlänkas de tre rapporterna ”Vuxenpsykiatri i Skånsk Livskraft – vård och hälsa” (juni 2003), ”Skånsk Livskraft – vård och hälsa – Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom i närsjukvården” (maj 2004) samt ”Struktur för vuxenpsykiatri i Region Skåne” (mars 2005), så att både innehåll i verksamheten, samverkan och struktur länkas samman med utgångspunkt från patienternas behov (”Huvudrapport”). I denna sammanfattning beskrivs först den övergripande strukturen därefter närsjukvårdens och den specialiserade psykiatriens, såväl akut som sluten vård, uppdrag. Kort nämns också något om uppföljning, utvärdering och FOU. Under varje avsnitt markeras särskilt förslag som kräver beslut ”beslutsdelar” och de riktlinjer som krävs för det fortsatta arbetet. I sammanfattningen kommenteras även de fördelar för patienterna de föreslagna förändringarna ger jämfört med dagens situation.

Övergripande struktur

Beslutsdel och genomförandedel

Utgångspunkten för denna rapport är det förslag till struktur för den vuxenpsykiatriska vården som lämnas i ”Struktur för vuxenpsykiatri i Region Skåne”. Denna struktur utgår från en sammanhållen vuxenpsykiatrisk vård per produktionsområden i Region Skåne bestående av fyra produktionsområden innehållande psykiatrisk närsjukvård, specialiserad psykiatrisk akutsjukvård och högspecialiserad vård i form av rättspsykiatri. Produktionsområdena sammanfaller med de nuvarande sjukvårdsdistrikten med undantag av nordöstra/sydöstra, som utgör ett produktionsområde med Kristianstad som akutsjukhus. Mellersta och Sydvästra produktionsområdena organiserar dessutom kompetenscentra för lågfrekventa högspecialiserade sjukdomsgrupper samt FoUU.

Riktlinjer

För samtliga vårdlogiker gäller:

- psykiatrisk specialistkompetens behövs såväl inom öppen och sluten vård inom närsjukvård, specialiserad akut och planerad vård samt högspecialiserad vård.
- arbetssättet handlar om att samordna vården mellan olika aktörer inom närsjukvården, mellan närsjukvården och specialiserad akut och planerad psykiatri eller högspecialiserad psykiatri i betydligt större utsträckning även vad som sker idag.

Närsjukvården

För närsjukvården skall gälla följande principer:

Riktlinjer

- inom närsjukvården skall finnas närsjukvårdsplatser. Målgruppen är kända patienter, men även nytillkomna, som behöver utredning, medicinsk övervakning, behandling och rehabilitering. Närsjukvårdsplatser skall företrädesvis svara för kortare insatser och kan naturligtvis inte ersätta den specialiserade slutna vården och dess resurser.
- ett lämpligt befolkningsunderlag för en öppenvårdsenhet är ca 40 000 – 50 000 invånare, vilket möjliggör samverkan med primärvård och kommun inom området.
- dimensioneringen av den slutna vården i närsjukvården beräknas i genomsnitt i Skåne att vara ca 0,4 – 0,5 platser per 1000 vuxna invånare i närsjukvården. Vid dimensionering av öppen- och slutenvårdsresurser måste lokal hänsyn tas till demografiska förutsättningar och ohälsotal.
- närsjukvården skall vara den verksamhet som tar hand om patienter med vanliga psykiska sjukdomar, där samarbete med andra vårdgivare inom närsjukvården krävs. Inom närsjukvården skall undersökning, diagnos och behandling och efterföljande rehabilitering i de flesta fall kunna göras i ett sammanhang.
- patienter i behov av psykiatrisk vård, även akut, skall i första hand få denna inom närsjukvården. Familjeläkarenheten är normalt första kontakt för bedömning och vård. Vid behov konsulteras psykiatrisk specialist. Patienter med regelbunden kontakt med psykiatriskt team tas omhand där vid akuta behov.
- såväl vård enligt HSL som LPT kan förekomma inom den slutna närsjukvården. De flesta patienter hör hemma inom närsjukvården. Vad gäller LRV-vård kan dessa patienter ibland vårdas inom närsjukvården.
- helhetssynen skall tillgodoses genom att det skall finnas medicinsk, psykologisk, social och omvårdnadskompetens.
- avtal/samverkan mellan akutmottagning i närsjukvård och specialiserad akutmottagning gällande för icke kontorstid bör regleras i särskild överenskommelse inkluderande konsultativt stöd till akut omhändertagande i närsjukvård.
- det är angeläget att etablera långsiktiga och stabila relationer till de privata vårdgivarna, vilka utgör en viktig resurs i närsjukvården.

Fördelar

De psykiatriska närsjukvårdsplatserna ger goda möjligheter till kontinuitet för patienten då den psykiatriska öppenvården, den kommunala psykiatrin och vid behov anhöriga ges bättre förutsättningar för att samverka i vården.

Personer inom öppenvårdsenhetens ansvarsområde med psykiska funktionshinder och med multipla behov av medicinska, psykologiska, sociala och omvårdnadsinsatser identifieras gemensamt av aktörerna och vårdplaner upprättas i samverkan utifrån patientens behov.

Orsakerna till psykisk ohälsa och sjukdom är oftast av sammansatt natur och det är av stor betydelse att löpande beakta detta för att den vård sökande skall erhålla bästa möjliga hjälp. En förutsättning är att den psykiatriska vården har en helhetssyn på människan och den psykiska ohälsan.

Ett tydliggörande av hur samverkan/samarbete skall ske ställer krav på ett delvis nytt arbetssätt. Att utgå från olika behovsgruppers karakteristika och vårdprocessanalyser

ger differentierade samarbetslösningar och anger vilka kompetenser som patientgrupperna behöver.

Specialiserad psykiatri

För den specialiserade psykiatrin skall gälla

Beslutsdel och genomförandedel

- den specialiserade psykiatriska verksamheten utgår från akutlogiken inom Skånsk Livskraft - vård och hälsa.
- den specialiserade psykiatriska vården omfattar i huvudsak akutverksamhet med slutenvårdsresurser i enlighet med föreslagen struktur i ”Struktur för den vuxenpsykiatriska vården”
- för specialiserad akutpsykiatrisk vård, för patienter över 18 års ålder, föreslås fyra enheter lokaliserade vid UMAS, USiL, Helsingborg och Kristianstad.
- akutverksamheten föreslås vara administrativt sammanhållen med berörd psykiatrisk klinik.
- samtliga fyra akutmottagningar föreslås ha öppet hela dygnet runt samtliga årets dagar

Riktlinjer

- akutmottagningarna för psykiatrin bör ingå som en del i akutsjukhusens gemensamma akutmottagning. Fördelarna med detta är bl.a. gemensam triagefunktion (bedömning och sortering av patienter), lätthet till ömsesidig konsultation, lättare för allmänheten att vända sig till en akutmottagning inom produktionsområdet.
- till den specialiserade psykiatriska akutmottagningen, skall finnas slutenvårdsplatser, dels i form av observationsplatser, dels platser för patienter med speciella vårdbehov. Därutöver finns behov av speciella avgiftningsplatser.
- volymen av observationsplatser och slutenvårdsplatser för patienter med speciella vårdbehov liksom avgiftningsplatser är osäkra, speciellt som de bör dimensioneras så att de kommer att användas för just dessa gruppers speciella behov och utnyttjas effektivt. Antalet platser är även beroende av upptagningsområdets karaktär samt den övriga psykiatriska vårdens möjligheter att omhänderta patienternas kontinuerliga och akuta psykiatriska vårdbehov. Behovet av observationsplatser bedöms vara ca 2 per 100 000 invånare och för slutenvårdsplatser för patienter med speciella vårdbehov ca 4-6 per 100 000 invånare beroende på upptagningsområdets karaktär. Behovet av avgiftningsplatser beräknas till ca 2-3 platser per 100 000 invånare.
- jourorganisation (endast icke kontorstid, d.v.s. kvällar, nätter och helger) föreslås ansvara för en specialiserad akutmottagning, lokaliserad till akutsjukhus inklusive slutenvård inom produktionsområdet samt akuta konsultationer. För samtliga anställda läkare ingår skyldighet att medverka i jourarbetet inom det egna produktionsområdet.

Fördelar

De fyra föreslagna produktionsområdena omfattar verksamhet och utbud för en befolkning på mellan 190 000 och 280 000 invånare över 18 år vardera, vilket gör det möjligt att erbjuda ett differentierat vårdutbud inom området samtidigt som vårdprocesserna mellan de olika vårdlogikerna kan hållas samman.

En koncentration av den specialiserade psykiatriska akutvården med därtill knutna specialiserade slutenvårdsplatser borgar för ett förbättrat omhändertagande av den akutsökande i behov av specialiserade akuta insatser. Koncentrationen av svårare akutärenden medför att medarbetarna får större förtrogenhet med bedömningar och vårdinsatser. En samlokalisering med den övriga specialiserade akutvården medför snabb tillgång till somatisk kompetens när behov av sådan föreligger och vice versa.

Ett reducerat antal jourlinjer på obekvämtid medför att poolen av läkare med erforderlig kompetens som kan ingå i jourlinjen, ökar. Detta ger dels en bättre kvalitet i akutvården, dels ett bättre resursutnyttjande och en bättre arbetsmiljö.

Slutsatser avseende psykiatri i närsjukvården och den specialiserade psykiatri

Den föreslagna strukturen för den psykiatriska verksamheten visar på att den redan tycks fungera på så sätt att de vårdtjänster som tillhör närsjukvården respektive den specialiserade psykiatri tämligen lätt kan urskiljas. Den klart övervägande delen, minst 80 %, av den öppna vuxenpsykiatriska vården skall definieras som närsjukvård. Ser man till den slutna vuxenpsykiatriska vården finns det vid de mindre sjukhusen enbart allmänpsykiatriska vårdavdelningar, vilka har ett nära samarbete med den psykiatriska öppenvården och ofta också med den kommunala psykiatri, primärvården, arbetsmarknadsinstitutet, försäkringskassan m.fl.

Utvecklingsområden

De mindre sjukhusen bedriver redan i dag i huvudsak närsjukvård, medan det är vid de större sjukhusen, som en differentiering av närsjukvård och specialiserad sjukvård måste göras. Förslaget kring den specialiserade psykiatri i Nordöstra sjukvårdsdistriktet och Ystad-Österlens sjukvårdsdistrikt måste speciellt analyseras för att lösa vissa praktiska konsekvenser av föreliggande förslag.

I denna rapport beskrivs därför som hjälp för det fortsatta arbetet dels den rangordning av sjukdomstillstånd som redovisats i en av de tidigare rapporterna, och tillståndens prevalens (förekomst), dels vårdproduktion och vårdkonsumtion samt de varierande hälsoindexen för olika områden i Skåne. Dessa faktorer utgör en viktig grund för att fastställa innehållet i närsjukvården respektive den specialiserade psykiatri. Som hjälp för denna differentiering har i samtliga rapporter definierats vad som är närsjukvårdens ansvar inom psykiatri och vad som den specialiserade verksamheten ansvarar för (bilagorna 2, 3 och 4).

Utvärdering, uppföljning och FOU

Uppföljning och utvärdering samt forskning, utveckling och utbildning är angelägna uppgifter för psykiatri.

Det finns behov av att följa upp och säkra kvaliteten i den psykiatriska vården. Samma gäller för det strukturella förändringsarbetet som sker inom ramen för Skånsk Livskraft. Ett tredje angeläget område är FOU som kräver ett nära samarbete mellan universitetet och den kliniska verksamheten. Inom det senare området pågår ett arbete vars slutrapport och förslag måste avvaktas.

Beslutsdel

Vad avser de kvalitativa aspekterna avseende den psykiatriska verksamheten föreslås att SPESAK psykiatri arbetar med dessa tillsammans med primärvården och kommunerna.

BAKGRUND

Utifrån utgångspunkterna i Skånsk Livskraft – vård och hälsa har presenterats tre rapporter med förslag till hur vuxenpsykiatrin skall kunna utvecklas i Skåne och vilka vårdtjänster som skall ingå i denna och strukturen för den vuxenpsykiatriska vården. Förslagen har redovisats i rapporterna ”Vuxenpsykiatrin i Skånsk Livskraft – vård och hälsa” (juni 2003), ”Skånsk Livskraft – vård och hälsa – Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom i närsjukvården” (maj 2004) samt ”Struktur för vuxenpsykiatrin i Region Skåne” (mars 2005).

Den senaste rapporten har varit på remiss till samtliga distriktsnämndskanslier och berörda förvaltningar. Samtliga remissinstanser uttrycker att de är positiva till rapporten och man menar bl.a. att det är positivt med ett gemensamt utgångsläge och gemensamma värderingar för patienter som är i behov av psykiatrisk vård. Den bör också kunna tjäna som ett värdefullt underlag för en analys av hur vuxenpsykiatrin skall anpassas till de olika vårdlogikerna. Positivt är också att förslaget har en bred förankring i verksamheten och att detta bör kunna förverkligas utan större problem eftersom vuxenpsykiatrins struktur redan i dag i flera avseenden överensstämmer med förslaget.

SYFTE OCH MÅL

Denna rapport syftar till att presentera en sammanfattning av de tre rapporterna, så att både innehåll i verksamheten, samverkan och struktur länkas samman med utgångspunkt från patienternas behov. Vidare skall förslag lämnas om hur förslagen och intentioner i nämnda rapporter skall kunna genomföras.

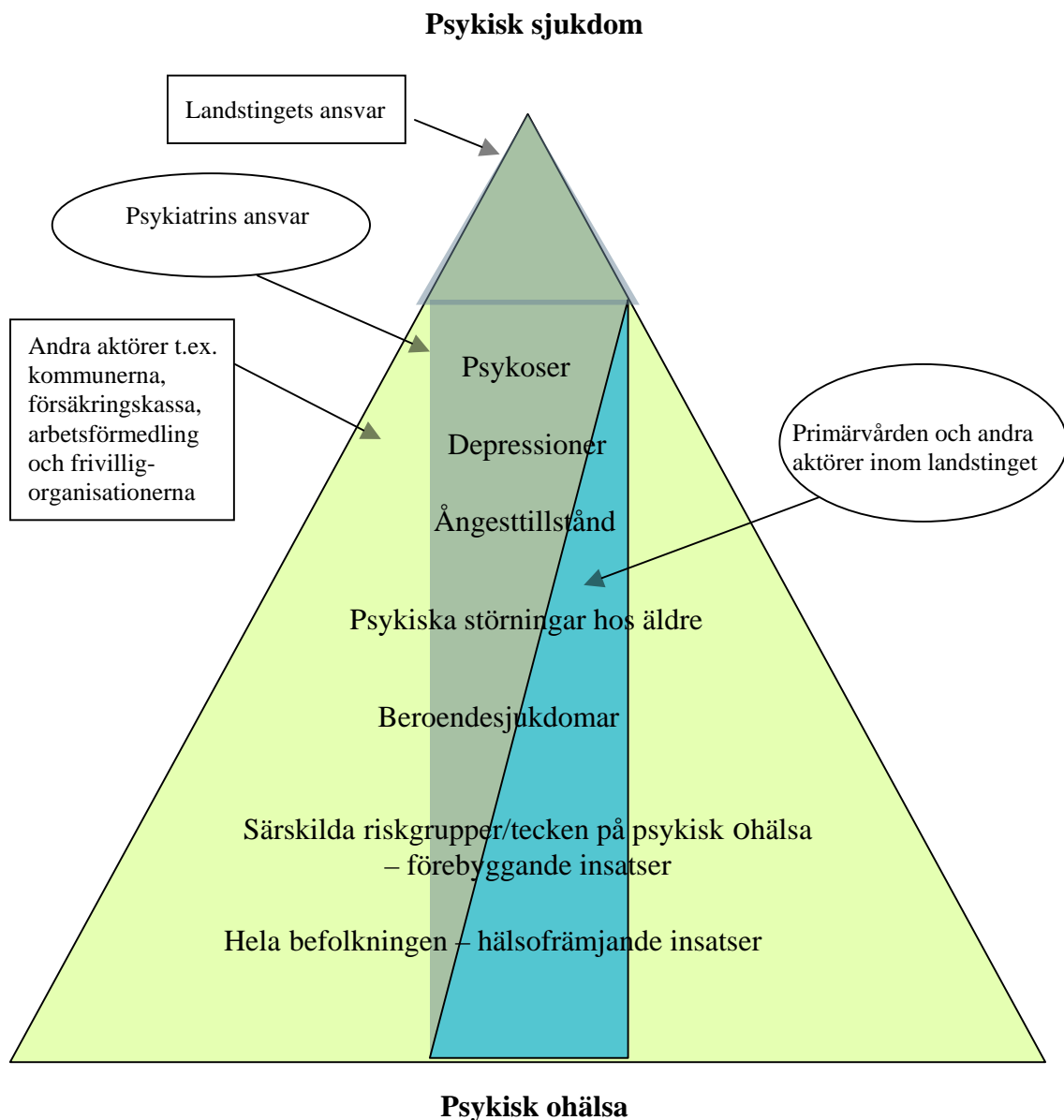
UTGÅNGSPUNKTER

Viktiga utgångspunkter för det fortsatta arbetet med att konkretisera och genomföra den föreslagna strukturen är dels den rangordning av sjukdomstillstånd som redovisats i en av de tidigare rapporterna, och tillståndens prevalens (förekomst) dels vårdproduktion och vårdkonsumtion samt de varierande hälsoindexen för olika områden i Skåne.

Rangordning av sjukdomstillstånd

Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom har definierats i "Vuxenpsykiatri i Skånsk Livskraft – vård och hälsa" under rubriken "Definitioner", likväl som det i denna rapport också diskuterats ansvarsfördelning, roller och prioriteringar (se särskilt avsnitten "Ansvarsfördelning – region och kommun" samt "Prioriteringar och behov").

I ovan nämnda rapport presenterades begreppet behov i förhållande till prioriteringar genom att rangordna olika sjukdomstillstånd utifrån en prioritering huvudsakligen gjord på medicinskt professionella grunder. Utgångspunkterna är att sjukdomstillstånden kan ordnas efter tydligheten och omfattningen i hälso- och sjukvårdens ansvar, från de svåraste psykiska störningarna till gränslandet mot psykisk ohälsa och hälsofrämjande insatser. Detta åskådliggjordes i form av nedanstående illustration, där den specialiserade psykiatrien har det dominerande ansvaret i illustrationens övre del och där detta ansvar successivt avtar mot basen och där i stället närsjukvården får en allt större uppgift. Denna illustration utgör en viktig grund för att beskriva och fastställa innehållet i den föreslagna strukturen för den vuxenpsykiatriska vården.



Basen visar hela befolkningen och dess behov av hälsofrämjande insatser. I illustrationens avsmalnande topp finns de svåraste sjukdomstillstånden och inom denna del har den specialiserade psykiatrin inom hälso- och sjukvården det dominerande ansvaret. Detta ansvar avtar mot basen, där närsjukvården har en allt större uppgift. Där återfinns bl.a. det som kan kallas psykisk ohälsa; relationsproblem, samlevnadsproblem, sorg, problem i arbetslivet, identitetsproblem, existentiella problem, kulturella anpassningssvårigheter, livskriser osv., vilka som isolerade fenomen inte bör falla under den specialiserade psykiatrins ansvar.

Prevalens

Nedan visas prevalensen för en del av de psykiska sjukdomarna för att ge en bild av deras omfattning bland befolkningen i Skåne (en och samma person kan t ex ha både en eller flera ångestsjukdomar och därtill en depression samtidigt, varför siffrorna nedan inte kan adderas för att spegla totala antalet drabbade individer).

Tabell 1. Prevalensen för vissa diagnoser och den därifrån beräknade förekomsten i Skåne (siffrorna är ungefärliga)

| Sjukdomar | Prevalens | Skåne (pat >18 år) |
|----------------------------------|-------------|--------------------|
| Psykos | 2 % | 17 600 |
| varav schizofreni | 0,2 – 0,5 % | 1 800 - 4 400 |
| Depressioner | | |
| Egentlig depression | 5 % | 44 000 |
| Bipolärt syndrom (manodep sjukd) | 1 % | 8 800 |
| Ångestsyndrom | | |
| Paniksyndrom | 3,5 % | 30 800 |
| Generaliserat ångestsyndrom | 3 –5 % | 26 000 – 44 000 |
| Tvångssyndrom | 2 % | 17 600 |
| Beroendesjukdomar | | |
| Alkoholberoende | 4 – 6 % | 35 000 – 53 000 |
| Drogberoende | 1 % | 8 800 |
| Organiska Psykosyndrom | | |
| Demens (pat >65 år) | 5 % | 10 000 |

Vårdproduktion och vårdkonsumtion

I rapporten ”Struktur för vuxenpsykiatrin i Region Skåne” redovisas i en bilaga totalkostnadsbudget/1 000 invånare samt vård dagar och besök inom den offentliga vuxenpsykiatriska vården 2003, både totalt och per 1 000 invånare. För att få en grund för det fortsatta arbetet bilägges sammanställningen även till denna rapport (bilaga 1).

När det gäller den slutna vuxenpsykiatriska vården är de vanligaste förekommande diagnosgrupperna psykos, depressioner och missbruk (alkohol, narkotika och blandmissbruk). Dessa tre diagnosgrupper svarar för 58 % av vårdtillfällena och missbruk är den största diagnosgruppen. Flertalet vårdtillfällen, ca 80 %, inom den nuvarande slutna vården är akuta.

I bilaga 1 saknas den privata vården och primärvårdens insatser, men en beräkning av dessa för 2002¹ finns redovisade i den tidigare rapporten ”Skånsk Livskraft – vård och hälsa – Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom i närsjukvården” och där konstateras att när det gäller läkarbesök inom den psykiatriska öppenvården produceras i genomsnitt 47 % av dessa av den privata psykiatriska vården. Storstadsområdena Malmö, Lund och Helsingborg svarar för mellan 50-60 % av besöken i den öppna privata psykiatrin medan de privata besöken i övriga områden endast utgör mellan 10 – 25 % av produktionen. Av tabell 1 framgår fördelning av läkarbesök per sjukvårdsdistrikt (2002).

Tabell 2. Offentliga respektive privata läkarbesök inom den öppna psykiatrin samt andelen privata besök av totala antalet besök, produktion 2002

| Sjukvårdsdistrikt | Offentlig vård | Privat vård | Totalt | Andel priv läk besök |
|-------------------|----------------|---------------|----------------|----------------------|
| Mellersta | 19 064 | 22 827 | 41 891 | 54 % |
| Nordvästra | 12 947 | 13 469 | 26 416 | 51 % |
| Nordöstra | 12 641 | 2 164 | 14 805 | 15 % |
| Sydvästra | 23 340 | 25 175 | 48 515 | 52 % |
| Ystad-Österlen | 4 882 | 491 | 5 373 | 9 % |
| Skåne | 72 874 | 64 126 | 137 000 | 47 % |

När det gäller besök i primärvården har en undersökning² gjorts som visar att den största diagnosgruppen är patienter med depressiv episod, följt av anpassningsstörningar och reaktion på stress och andra ångestsyndrom. Dessutom har troligen en stor andel av de totala besöken psykisk ohälsa som sekundärdiagnos, eftersom ca 20 % av befolkningen uppger att de har dålig psykisk hälsa.

Kommunernas socialtjänst gör betydande insatser för personer med psykisk ohälsa främst vad gäller missbruk och psykosociala problem. Knappt 10 000 insatser i form av vård på behandlingshem, boendestöd och andra öppenvårdsinsatser utfördes under 2002. Merparten av dessa ansvarar de fyra storkommunerna Malmö, Helsingborg, Lund och Kristianstad för.

När det gäller produktion och konsumtion av vuxenpsykiatrisk vård kan konstateras att skillnaderna mellan sjukvårdsdistrikten är relativt stora, medan avvikelserna inom respektive sjukvårdsdistrikt är ringa, dvs. produktion och konsumtion inom sjukvårdsdistriktet överensstämmer i princip. Sydvästra sjukvårdsdistriktet har både högst produktion och konsumtion och ligger dessutom över genomsnittet för Skåne. Nordvästra sjukvårdsdistriktet ligger kring genomsnittet för Skåne, medan övriga sjukvårdsdistrikt ligger under och Sydöstra sjukvårdsdistriktet lägst.

Vad gäller läkarbesök är såväl produktion som konsumtion störst i storstadsområdena. Sydvästra sjukvårdsdistriktet har ungefär dubbelt så stor produktion och konsumtion av läkarbesök jämfört med Sydöstra sjukvårdsdistriktet, som har den minsta produktionen och konsumtionen. Det visar sig således att de sjukvårdsdistrikt som har höga siffror för vårdtillfällen per 1 000 invånare också har höga siffror för läkarbesök per 1 000 invånare och tvärtom, alltså tycks stor produktion/konsumtion inom öppenvård också sammanfalla med stor produktion/konsumtion av slutenvård.

¹ Produktion och konsumtion ligger på ungefär samma nivå under de olika åren under 2000-talet

² Hässleholms sjukvårdsorganisation 2002

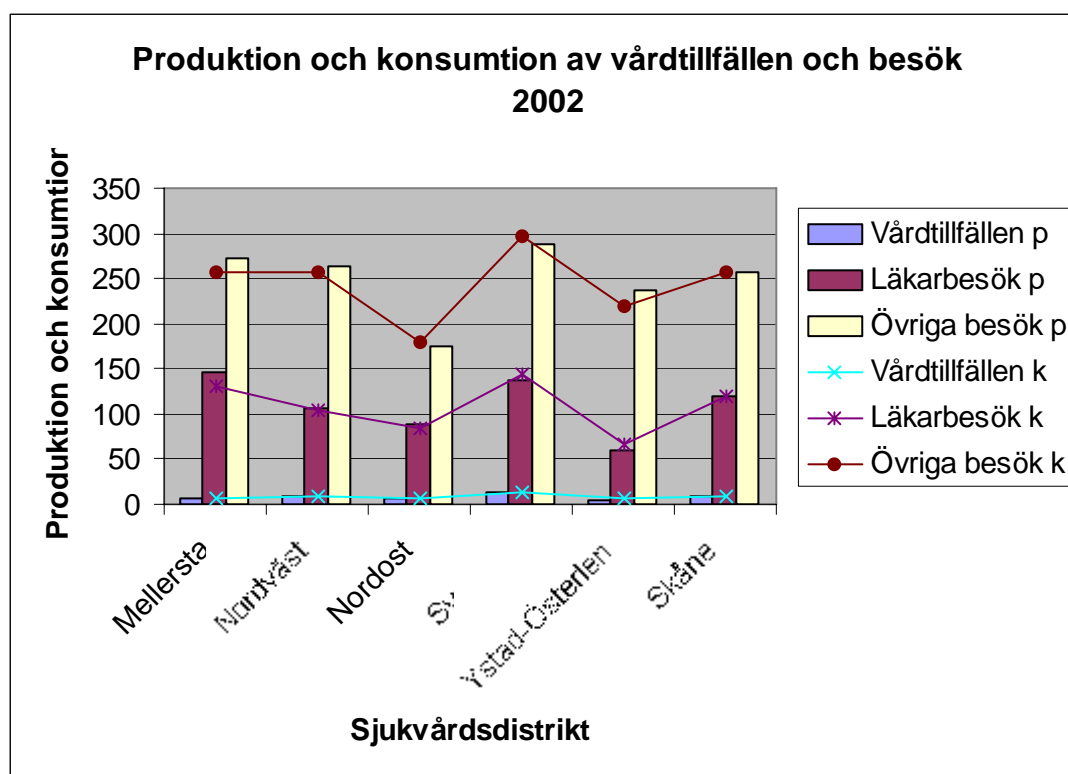


Diagram 1. Produktion och konsumtion av vårdtillfällen, läkarbesök och övriga besök inom den vuxenpsykiatriska vården 2002 per 1000 invånare

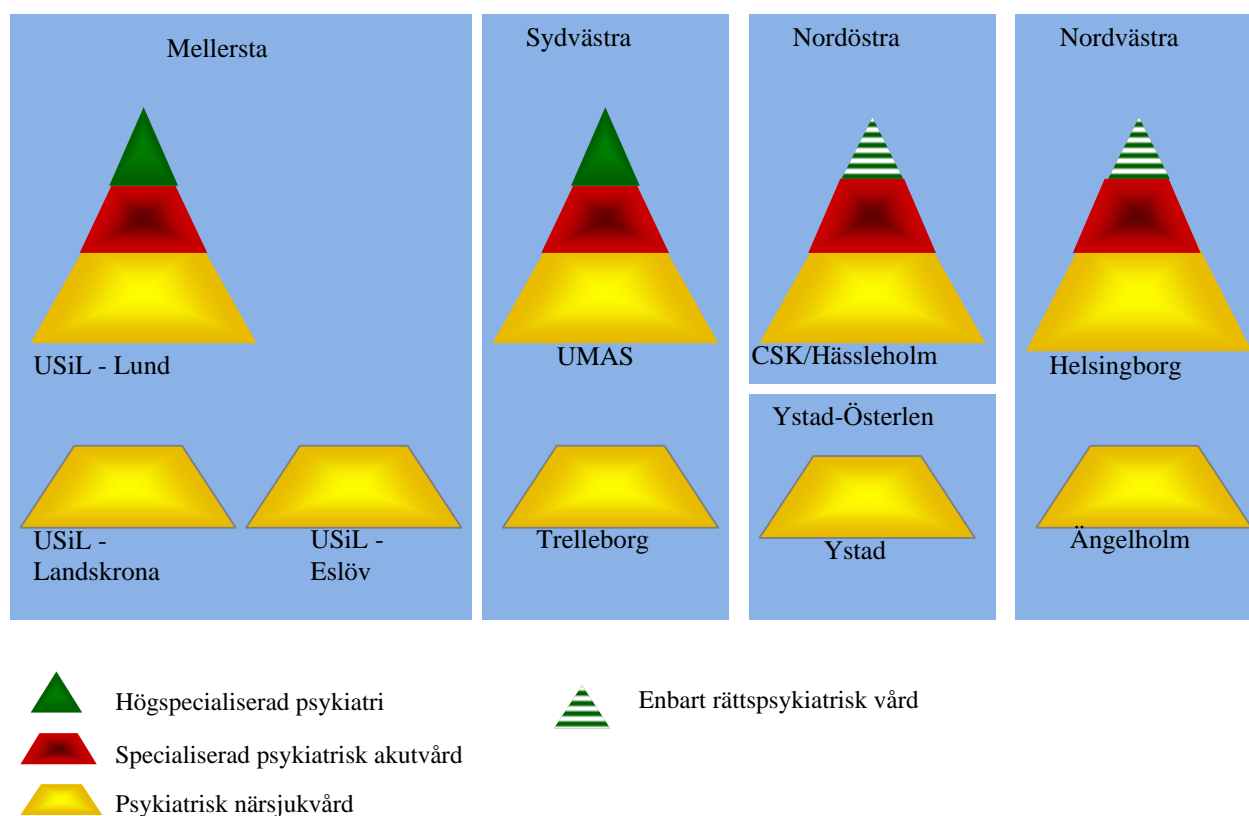
Det finns även andra etablerade redskap för att ange psykiska ohälsotal och vårdbehov i befolkningen och ett exempel på ett sådant är Care Need Index (CNI). Enligt CNI 2001 varierar den psykiska hälsan i Skåne betydligt. Genomsnittet för Skåne utgör 1 och den kommun som uppvisar det lägsta ohälsotalet har 0,58, medan den kommun som har högst ligger på 1,38.

STRUKTUR OCH INNEHÅLL

Produktionsområden

Utgångspunkten för den fortsatta diskussionen är det förslag till struktur för den vuxenpsykiatriska vården som lämnas i "Struktur för vuxenpsykiatri i Region Skåne". Denna struktur utgår från en sammanhållen vuxenpsykiatrisk vård i Region Skåne bestående av fyra produktionsområden enligt nedan.

Uppdrag per produktionsområde och sjukvårdsdistrikt



Varje produktionsområde har psykiatrisk närsjukvård, specialiserad psykiatrisk akutsjukvård och högspecialiserad vård i form av rättspsykiatri. Detta skapar förutsättningar att erbjuda patienterna ett differentierat vårdutbud samtidigt som vårdprocesserna mellan de olika vårdlogikerna kan hållas samman. Mellersta och Sydvästra produktionsområdena organiserar dessutom kompetenscentra för lågfrekventa högspecialiserade sjukdomsgrupper samt FoUU. Dessa produktionsområden sammanfaller med de nuvarande sjukvårdsdistrikten med undantag av nordöstra/sydöstra, som utgör ett produktionsområde med Kristianstad som akutsjukhus.

Vårdlogiker

De olika vårdlogikerna tar sin utgångspunkt i att vårdbehoven skiftar mellan olika sjukdomstillstånd och allvarlighetsgrad. De olika organisationerna, t ex kommuner, primärvården och psykiatrin tillhandahåller olika kompetenser, vårdtjänster och resurser i t ex närsjukvården. Det behövs psykiatrisk specialistkompetens inom öppen och sluten vård inom närsjukvård, specialiserad akut och planerad vård samt högspecialiserad vård. Arbetsättet handlar mycket om att samordna vården mellan olika aktörer inom närsjukvården, mellan närsjukvården och specialiserad akut och planerad psykiatri eller högspecialiserad psykiatri.

Nedanstående bild (sid 13) försöker beskriva vuxenpsykiatrin utifrån de olika vårdlogikerna; närsjukvård, specialiserad akut och planerad vård samt högspecialiserad vård.

Närsjukvården skall ha ansvar för huvuddelen av människors vardagliga sjukvårdsbehov. I närsjukvården får de allra flesta vårdsökande hjälp med sina problem oavsett om det handlar om akuta och tillfälliga besvär eller om mer långvariga och kroniska sjukdomar. En betydande del av internmedicin, psykiatri, geriatrik, palliativ vård/vård i livets slutskede, rehabilitering, habilitering och hjälpmedel ingår i närsjukvården. Exempel på tillstånd med psykisk ohälsa och sjukdom som till allt övervägande del handläggs i närsjukvården är oro/ångest, depression, beroende/missbruk, demens och flertalet psykos. Utifrån sjukdoms-/problembild och behov hos den enskilde ansvarar närsjukvårdens aktörer för vårdinsatserna var för sig och i samverkan

Specialiserad akutsjukvård är det resurskrävande medicinska omhändertagande som krävs vid livshotande tillstånd eller akut allvarligt insjuknande/skada. Denna vård skall vara tillgänglig dygnet runt och är en regional angelägenhet. Exempel på psykiatriska tillstånd som är en uppgift för den specialiserade akutsjukvården är uttalad självdestruktivitet, svårt utagerande, svåra akuta psykosinsjuknanden, etc.

Specialiserad planerad vård är planerad vård som inte utförs i närsjukvården eller i den högspecialiserade vården. Exempel på specialiserad planerad vård kan vara utredning av vissa neuropsykiatriska tillstånd och specifika behandlingsinsatser efter ställd diagnos. Specialiserad planerad vård är en regional angelägenhet och Skånes befolkning skall ha tillgång till vård på lika villkor.

Högspecialiserad vård är diagnostik och/eller behandling av sällsynta sjukdomar eller skador samt komplicerade manifestationer av sjukdom. Ett exempel på detta är diagnostik och behandling i den rättspsykiatriska vården.

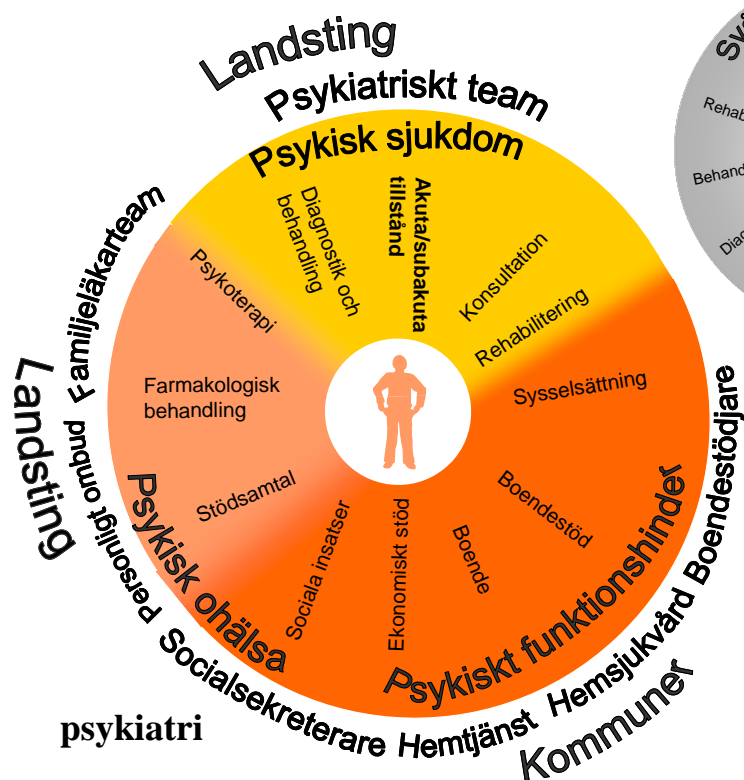
Närsjukvård, specialiserad akut och planerad vård och högspecialiserad vård avser således inte i insatta åtgärder utan beskriver den funktion som svarar för insatserna.

Såväl akuta som planerade åtgärder finns inom samtliga logiker. En fungerande hälso- och sjukvård kräver självklart en planering oavsett om patienten kommit akut eller genom tidsbeställning och oavsett vilken vårdlogik som svarar för insatserna. Exempel på planerade åtgärder i närsjukvården eller inom den specialiserade vården är uppföljning av insatt farmakoterapi, fördjupad psykiatrisk utredning, psykoteraeutiska insatser, avgiftning av missbrukare enligt uppgjord vårdplan tillsammans med socialtjänsten, etc. Dessa insatser kan ske såväl efter ett akut eller tidsbeställt besök som efter en akut inläggning i slutenvården.

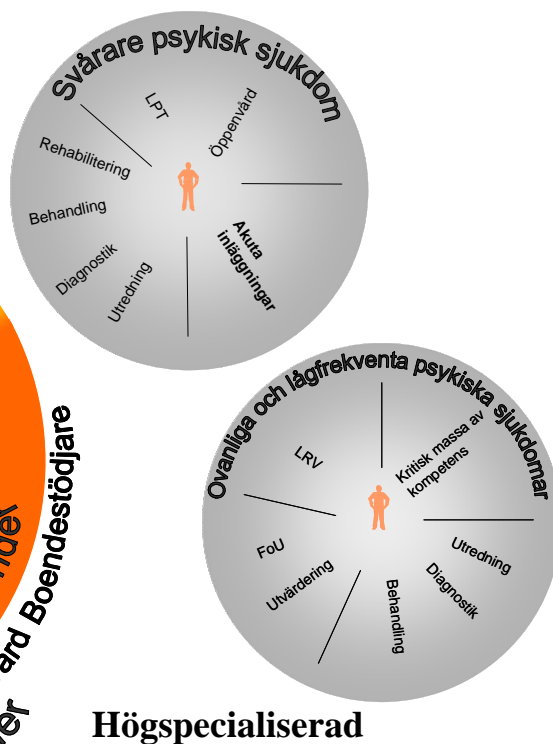
Begreppen *planerade åtgärder/insatser* och *specialiserad planerad vård* måste skiljas åt. Det senare omfattar t.ex. vissa diagnostiska utredningar och specifika behandlingar som efter ställd diagnos sker i ett längre tidsperspektiv.

Huvuddelen av psykiatriska behandlingar i såväl som öppen och sluten vård inleds, handläggs vidare och avslutas oftast i ett sammanhang efter att patienten blivit inlagd, sökt akut, sökt själv eller remitterats till tidsbeställd psykiatrisk mottagning. Detta ryms till övervägande del inom funktionen närsjukvård. Fokus i arbetet med vuxenpsykiatri i Skånsk Livskraft har därför lagts i denna vårdlogik.

Närsjukvård



Specialiserad psykiatri



Det är viktigt att se beröringspunkterna mellan de olika "kloten" så att dessa inte upplevs sväva oberoende av varandra, utan det finns ett starkt samband mellan dem. I "kloten" anges vilka typer av tjänster som tillhandahålls i respektive vårdlogik, vilka behov och behovsgrupper som berörs samt, för närsjukvårdens del, vilka kompetenser och aktörer som ansvarar för vårdtjänsterna var för sig och i samverkan.

Psykiatrisk närsjukvård

Utgångspunkten för psykiatrin i närsjukvården är att ett lämpligt befolkningsunderlag för en öppenvårdsenhet är ca 40 000 – 50 000 invånare. Detta möjliggör samverkan med primärvård och kommun inom området. Dimensioneringen av den slutna vården i närsjukvården beräknas i genomsnitt i Skåne att vara ca 0,4 – 0,5 platser per 1 000 vuxna invånare i närsjukvården. Vid dimensionering av öppen- och slutenvårdsresurser måste lokal hänsyn tas till demografiska förutsättningar och ohälsotal.

Utgångspunkterna är:

- Patienter i behov av akut psykiatrisk vård skall i första hand få denna inom närsjukvården. Familjeläkarenheten är normalt första kontakt för bedömning och vård. Vid behov konsulteras psykiatrisk specialist. Patienter med regelbunden kontakt med psykiatriskt team tas omhand där vid akuta behov.

- Inom närsjukvården skall finnas närsjukvårdsplatser. Målgruppen är kända patienter, men även nytillkomna, som behöver utredning, medicinsk övervakning, behandling och rehabilitering. Närsjukvårdsplatser skall företrädesvis svara för kortare insatser och kan naturligtvis inte ersätta den specialiserade slutna vården och dess resurser.
- Såväl vård enligt HSL som LPT kan förekomma inom den slutna närsjukvården. De flesta patienter hör hemma inom närsjukvården. Vad gäller LRV-vård kan dessa patienter ibland vårdas inom närsjukvården.
- Helhetssynen skall tillgodoses genom att det skall finnas medicinsk, psykologisk, social och omvårdnadskompetens.
- Avtal/samverkan mellan akutmottagning i närsjukvård och specialiserad akutmottagning gällande för icke kontorstid bör regleras i särskild överenskommelse inkluderande konsultativt stöd till akut omhändertagande i närsjukvård.
- Det är angeläget att etablera långsiktiga och stabila relationer till de privata vårdgivarna, vilka utgör en viktig resurs i närsjukvården.

Närsjukvården skall vara den verksamhet som tar hand om patienter med vanliga psykiska sjukdomar, där samarbete med andra vårdgivare inom närsjukvården krävs. Inom närsjukvården skall undersökning, diagnos och behandling och efterföljande rehabilitering i de flesta fall kunna göras i ett sammanhang. Detta kräver att ett nytt arbetssätt utvecklas som bygger på ett utvidgat samarbete mellan olika kunskapsområden och kompetenser. De specialiserade psykiatriska vårdtjänsterna måste därför erbjudas i en högre grad än i dag nära patienten i närsjukvården, d.v.s. tillsammans med familjeläkarverksamheten, habiliteringen och kommunernas verksamheter.

Kommunernas verksamhet omfattar bl a stöd och sysselsättning för psykiskt funktionshindrade, personliga ombud, boende och boendestöd till patienter med dubbeldiagnos, sociala insatser via individ- och familjeomsorg och hemtjänst, uppsökande verksamhet och rehabilitering. Kommunerna har dessutom ett medicinskt ansvar upp till och med sjuksköterskenivå för psykiatriska patienter som inte själv, eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till av regionen finansierad primärvård.

Specialiserad psykiatrisk vård

Den föreslagna organisationen för den specialiserade psykiatriska verksamheten utgår från akutlogiken inom Skånsk Livskraft – vård och hälsa. Verksamheten föreslås, genom egna slutenvårdsresurser och definierad omvårdnadspersonal, ha en egen finansiering inom en sammanhållen administrativ organisation inom berört psykiatriskt verksamhetsområde. Den specialiserade psykiatriska vården omfattar akutverksamhet och slutenvårdsresurser i enlighet med föreslagen struktur i ”Struktur för den vuxenpsykiatriska vården”

Utgångspunkterna är

- Fyra enheter för specialiserad akutpsykiatrisk vård, för patienter över 18 års ålder, lokaliserade vid de fyra akutsjukhusen – UMAS, USiL, Helsingborg och Kristianstad.
- Akutverksamheten föreslås finansieras separat från de övriga psykiatriska logikerna.

- Akutverksamheten föreslås vara administrativt sammanhållen med berörd psykiatrisk klinik.
- Samtliga fyra akutmottagningar föreslås ha öppet hela dygnet samtliga årets dagar.
- Akutmottagningarna för psykiatri bör ingå som en del i akutsjukhusens gemensamma akutmottagning. Fördelarna med detta är bl.a. gemensam triagefunktion (bedömning och sortering av patienter), lätthet till ömsesidig konsultation, lättare för allmänheten att vända sig till en akutmottagning inom produktionsområdet
- Till den specialiserade psykiatriska akutmottagningen, skall finnas slutenvårdsplatser, dels i form av observationsplatser, dels platser för patienter med speciella vårdbehov. Därutöver finns behov av speciella avgiftningsplatser.
- Jourorganisation (endast icke kontorstid, d.v.s. kvällar, nätter och helger) föreslås ansvara för en specialiserad akutmottagning, lokaliserad till akutsjukhus inklusive slutenvård inom produktionsområdet samt akuta konsultationer. För samtliga anställda läkare ingår skyldighet att medverka i jourarbetet inom det egna produktionsområdet.

Antalet akutsökande patienter inom en specialiserad akutpsykiatrisk enhet är svårt att förutse. Erfarenhetsmässigt är en volym av 5 - 10 akutsökande per 100 000 invånare och dygn som en rimlig uppskattning. Antal besök varierar beroende av lokal demografi och ohälsotal.

Volymen av observationsplatser och slutenvårdsplatser för patienter med speciella vårdbehov liksom avgiftningsplatser är osäkra, speciellt som de bör dimensioneras så att de kommer att användas för just dessa gruppers speciella behov och utnyttjas effektivt. Antalet platser är även beroende av upptagningsområdets karaktär samt den övriga psykiatriska vårdens möjligheter att omhänderta patienternas kontinuerliga och akuta psykiatriska vårdbehov. Behovet av observationsplatser bedöms vara ca 2 per 100 000 invånare och för slutenvårdsplatser för patienter med speciella vårdbehov ca 4-6 per 100 000 invånare beroende på upptagningsområdets karaktär. Behovet av avgiftningsplatser beräknas till ca 2-3 platser per 100 000 invånare.

Högspecialiserad psykiatrisk vård

Den högspecialiserade vården behandlas av en särskild projektgrupp, varför endast definitionerna av denna redovisas här. Den omfattar diagnostik och/eller behandling av sällsynta sjukdomar eller skador samt även komplicerade manifestationer av sjukdom. Verksamheten är lågfrekvent och kräver därför ett tillräckligt stort patientunderlag för att man skall kunna upprätthålla, utveckla och dokumentera kvalitet och goda resultat. Det behövs en kritisk massa av speciell kompetens och tillgång till team med olika specialistkompetens. Det är också viktigt att effektivt utnyttja dyra investeringar i kompetens, metoder, utrustning och lokaler.

Verksamheten bör också ha ett forsknings- och utvecklingsuppdrag samt ansvar för kunskapsspridning. Utvärdering av nya och etablerade metoder är också en angelägen uppgift.

Vad är psykiatrisk närsjukvård respektive specialiserad psykiatrisk vård

I den föreslagna strukturen för den psykiatriska verksamheten framgår det att den redan tycks fungera på så sätt att de vårdtjänster som tillhör närsjukvården respektive den specialiserade psykiatrin tämligen lätt kan urskiljas. Den klart övervägande delen, minst 80 %, av den öppna vuxenpsykiatriska vården bör kunna definieras som närsjukvård. Ser man till den slutna vuxenpsykiatriska vården finns det vid de mindre sjukhusen enbart allmänpsykiatriska vårdavdelningar, vilka har ett nära samarbete med den psykiatriska öppenvården och ofta också med den kommunala psykiatrin, primärvården, arbetsmarknadsinstitutet, försäkringskassan m.fl. De mindre sjukhusen bedriver redan i dag i huvudsak närsjukvård, medan det är vid de större sjukhusen, som en differentiering av närsjukvård och specialiserad sjukvård måste göras. Som hjälp för denna differentiering har i samtliga rapporter försök gjorts att definiera vad som är närsjukvårdens ansvar inom psykiatrin och vad som den specialiserade verksamheten ansvarar för.

I rapporten ”Vuxenpsykiatrin i Skånsk Livskraft” beskrivs psykiatrins vårdtjänster på så sätt att olika diagnoser sammanförs till grupper (sid 17-24) med likartade symptom och prioriteringar, dvs. med utgångspunkt från patientperspektivet, medicinska bedömningar och hälso- och sjukvårdslagen. Utifrån dessa grupperingar placerades tillstånden in i de olika vårdlogikerna; var de skall behandlas och vem som har huvudansvaret. Detta arbete fördjupades i ”Skånsk Livskraft – vård och hälsa – Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom i närsjukvården” och ett förslag till omhändertagandenivå presenteras.

Omhändertagandenivåerna som omfattar 30 diagnoser/diagnosgrupper (bilaga 2) beskrivs på följande sätt:

1. Specialist i allmänmedicin sköter diagnostik, behandling och uppföljning.
2. Specialist i allmänmedicin sköter diagnostik, behandling och uppföljning, i vissa fall med stöd och hjälp av psykiatrispecialist.
3. Specialist i allmänmedicin sköter diagnostik. Vidare utredning och behandling av psykiatrispecialist. Uppföljning och fortsatt behandling av specialist i allmänmedicin.
4. Specialist i allmänmedicin sköter primärdiagnostik. Vidare utredning, behandling och uppföljning av psykiatrispecialist.
5. Psykiatrispecialist sköter primärdiagnostik, behandling och initial uppföljning. Fortsatt uppföljning och behandling av allmänspecialist i allmänmedicin.
6. Fall uteslutande för psykiatrispecialist annan organspecialist än allmänmedicin.

I ovanstående klassificering bedöms endast behov av specialist i allmänmedicin och/eller behov av specialist i psykiatri medan funktionen dvs. närsjukvård eller specialiserad sjukvård inte beaktas. Det kan dock konstateras att omhändertagandenivå 6 genom dess definition borde falla inom den specialiserade psykiatrins ansvarsområden likväl som nivåerna 1 t.o.m. 3 med hänsyn till definitionerna borde tillhöra närsjukvården. Samma sak gäller i vissa fall omhändertagandenivåerna 4 och 5, men dessa behöver ytterligare analyseras. Omhändertagandenivåerna beskriver dessutom vem inom närsjukvården som bör ha huvudansvaret; specialist i allmän medicin eller specialist i psykiatri.

Det skall emellertid noteras att en fast gränsdragning mellan psykiatrin inom närsjukvård och specialiserad akutpsykiatri är svår att göra. I vissa avseenden är det tillståndets karaktär, i andra avseenden är det svårighetsgraden som avgör om vårdlogiken kan anses vara närsjukvård eller specialiserad akutsjukvård.

Ett annat sätt att urskilja närsjukvårdens respektive den specialiserade psykiatriska sjukvårdens uppdrag är att utgå från de ”Riktlinjer för omhändertagande” som antagits av Mellersta Skånes sjukvårdsdistrikt (bilaga 3).

Ytterligare ett sätt att definiera närsjukvårdens uppdrag vad avser psykisk ohälsa och psykisk sjukdom är att utgå från det akuta omhändertagandet i närsjukvården såväl som inom den specialiserade akuta vården. Vad avser akut omhändertagande i närsjukvården måste den fortsatta behandlingen i de allra flesta fall antas fortsätta i närsjukvården. Det akuta omhändertagandet i närsjukvården har definierats tillsammans med projektgruppen för akut omhändertagande i närsjukvården (se lista i bilaga 4) och överensstämmer i princip med de omhändertagande nivåer som förslagits ovan.

Genom den här föreslagna indelningen har grovt täckts in den traditionella psykiatrins patientgrupper, där även kommunerna har ett stort ansvar framförallt i rehabiliteringen av de ”tyngre” patientgrupperna, som ofta behöver mycket stöd av närsjukvården såväl efter en vårdperiod som långsiktigt. Dessa utgångspunkter föreslås ligga till grund för att definiera psykiatrisk närsjukvård och den specialiserade psykiatriska vården vid genomförandet av den föreslagna strukturen.

SAMVERKAN

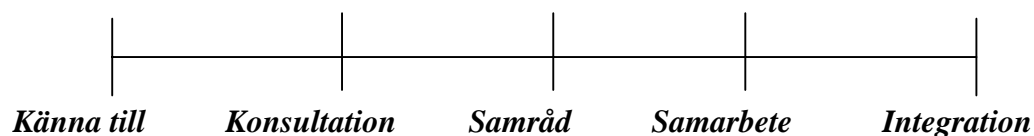
Alla patienter/klienter har rätt att förvänta sig ett optimalt omhändertagande oavsett huvudmannaskap. De människor som drabbats av psykisk ohälsa och psykisk sjukdom är ofta mycket utsatta och ett fungerande samarbete mellan de olika huvudmännen/vårdnivåerna/vårdlogikerna är en förutsättning för en god vård.

Närsjukvården och dess intentioner bygger på en samverkan mellan regionen och kommunerna. Även samverkan med andra samarbetspartners såsom försäkringskassa, apotek, arbetsförmedling m fl är av stor vikt och behöver utvecklas. En förutsättning är att en tydlig struktur för samverkan finns som omfattar alla samarbetsparter och utgår från patienternas behov.

Utgångspunkten för samverkan är patient- och medborgarperspektivet. Samverkan är inget mål i sig utan det är resultatet som är viktigt, d v s att sammansatta behov möts med samordnade insatser. Graden av samverkan beror på behov och överenskommelser. Närsjukvårdens framtida styrka blir beroende av dess flexibilitet att välja rätt typ av samverkan för olika behov. För att underlätta bedömningen av samverkansbehovet kan följande indelning användas och denna skall också utgå från patientperspektivet.

- *Känna till* - kunskap om den andra organisationens existens och att det i dessa också genomförs aktiviteter riktade till den aktuella målgruppen. Ingen direktkontakt behövs emellertid mellan de olika intressenterna
- *Konsultation* - envägskommunikation mellan de olika intressenterna, t ex man efterfrågar något från den andre

- *Samråd* - en översiktlig information av de olika intressenternas aktiviteter så att dessa inte kolliderar eller motverkar varandra
- *Samarbete* - samplanering av aktiviteter för att förstärka effekterna av dessa och utnyttja de gemensamma resurserna på ett mer optimalt sätt
- *Sammansmältning/integration* - då intressenterna lägger samman sina resurser för att på så vis uppnå största möjliga effekt av insatta resurser.



Under arbetets gång har erfarits att följande utgångspunkter för ett fungerande samarbete är av yttersta vikt.

- behov av att skapa naturliga mötesplatser för kontakt och kommunikation över verksamhetsgränserna.
- allas kompetens måste användas på rätt sätt så att tid sparas och så att det ges större möjligheter att möta de behov som finns. Ett användbart verktyg är att utgå ifrån vårdprocessanalyser.
- Samarbetspartnerna måste sitta samtidigt "runt bordet" för att gemensamt kartlägga vård/hjälptbehov, utbud, kompetenser och prioriteringsprinciper – vem sätter gränser för vad och vem – hur hanterar man gapen/glappen mellan gränserna.

UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING SAMT FORSKNING, UTVECKLING OCH UTBILDNING (FOUU)

Uppföljning och utvärdering samt forskning, utveckling och utbildning är angelägna uppgifter för psykiatrin.

Det finns behov av att följa upp och säkra kvaliteten i den psykiatriska vården. Samma gäller för det strukturella förändringsarbetet som sker inom ramen för Skånsk Livskraft. Ett tredje angeläget område är FOUU som kräver ett nära samarbete mellan universitetet och den kliniska verksamheten.

Kvalitetsaspekter

Det finns ett stort behov av en gemensam "kunskapsbank" för psykiatrin, vilken kan utgöra en utgångspunkt för framtagande av vårdprogram och evidensbaserade riktlinjer. Nationella vårdprogram, SPU-rapporter m.m. bör innefattas av denna kunskapsbank, liksom en koppling till kvalitetsregister för samtliga diagnosgrupper. Kunskapsbanken bör ha en tvärprofessionell representation, en "kvalitets- och kompetensgrupp" och även verka för utveckling av nya arbetssätt och behandlingsmetoder, att utmönstra gamla, samt ange riktlinjer för kompetensutveckling och fortbildning. En annan viktig uppgift är att inom ramen för regionens pågående arbete med ett gemensamt lednings- och informationssystem utveckla anpassade variabler för kvalitetsuppföljning, exempelvis med hjälp av redan etablerade verktyg som VåPs och PASiS.

Struktur- och förbättringsaspekter

Struktur och förändringsarbetet pågår inom hälso- och sjukvården. För psykiatriens del dominerar utvecklingen av närsjukvården, men även den specialiserade akutsjukvården och den högspecialiserade vården omfattas.

För närsjukvårdens del behöver nya arbetssätt utvecklas, vilka bygger på samverkan mellan regionen och kommunerna, främst psykiatri, familjeläkarsystemet och den kommunala psykiatri, men även samarbetspartners som försäkringskassan, arbetsförmedlingen, habiliteringen m.fl.

Det krävs en tydlig struktur för samverkan, som omfattar alla samarbetsparter och som utgår från patienternas behov. Ett lämpligt tillvägagångssätt kan vara att utgå från de olika behovs- och diagnosgrupperna inom psykiatri. Aktörerna, som ansvarar för olika delar och representerar olika kompetenser i vården av patientgruppen, ”sätter sig ned vid samma bord”. Med hjälp av vårdprocessanalyser för den aktuella behovsgruppen får man gemensamt arbeta fram en tydlig struktur för hur samarbetet skall se ut.

Psykiatriens förändringsarbete vad gäller nya arbetssätt, särskilt inom närsjukvården, bör följas av en regiongemensam uppföljnings- och analysenhet, som följer strukturarbetet med hela sjukvården i regionen. Det är viktigt att utvecklingen inom psykiatri harmonierar med utvecklingen av sjukvården i sin helhet.

Forskning, utveckling och utbildning (FOUU)

I Region Skåne finns goda förutsättningar att bedriva klinisk forskning inom området mental hälsa i samarbete med Lunds universitet. Under en följd av år har emellertid den kliniska forskningen inom området inte utvecklats i takt med de flesta andra kliniska forskningsområden.

En extern internationell revision av FOUU-verksamheten i Region Skåne inom området mental hälsa har företagits och presenterats i juni 2005. Denna pekar på flera aktuella problem/brister. Bl.a. nämns bristande samverkan mellan Medicinska fakulteten och psykiatri i Region Skåne och avsaknad av en övergripande strategi för den kliniska forskningen, som är splittrad på flera områden. Vidare är medelåldern hög bland forskare, återväxten dålig och anslagen till den kliniska forskningen små.

Revisionsrapporten föreslår en rad åtgärder för att stärka forskningen inom området mental hälsa i Skåne. Sammanfattningsvis föreslås bl.a.:

- Medicinska fakulteten och regionen bör gemensamt tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att åstadkomma ett internationellt konkurrenskraftigt forskningsprogram inom området.
- Att tillskapa ett institut, alternativt en särskild avdelning, gemensamt finansierad av Region Skåne och Medicinska fakulteten, med uppgift att arbeta med strategi, organisation och samordning av forskningsaktiviteter inom forskningsfältet.

- En högkvalificerad forskare bör rekryteras snarast för att leda verksamheten.
- En styrelse med representation från fakulteten och regionen tillskapas med uppdraget att övervaka institutets verksamhet.
- En nära koppling skall finnas mellan forskningen och den kliniska verksamheten och en koncentration på ett fåtal forskningsområden bör ske.
- Regionen och medicinska fakulteten avsätter medel till forskningen inom området mental hälsa i proportion till psykiatrins andel av sjukvårdskostnaderna, f.n. ca 10 procent.
- Institutet skall leda och följa upp strategier, ekonomi, kvalitet och kvantitet i forskningen samt forskarutbildningen inom forskningsområdet.

I tillämpliga delar bör nära samverkan ske mellan funktionerna för FOUU, för kvalitetsfrågor, samt för struktur- och förbättringsfrågor ovan.

BILAGA 1. KOSTNAD, VÅRDDAGAR OCH BESÖK

| | Inv > 18 år | Tkb/1000 inv tkr | Vårddagar | Vårddagar/ 1000 inv | Besök (ej privata) | Besök/ 1000 inv |
|-----------------------------|----------------|------------------|----------------|------------------------|-----------------------|--------------------|
| Malmö* | 212 393 | | | | | |
| Sluten vård | | 831 | 53 672 | 253 | | |
| Öppenvård | | 615 | | | 91 853 | 432 |
| Malmö Totalt | | 1 446 | | | | |
| Trelleborg | 66 522 | | | | | |
| Sluten vård | | 330 | 8 903 | 134 | | |
| Öppenvård | | 290 | | | 17 251 | 259 |
| Trelleborg Totalt** | | 620 | | | | |
| SV SJUKV D | 278 915 | 1 249 | 62 575 | 224 | 109 104 | 391 |
| Lund*** | 138 701 | | | | | |
| Sluten vård | | 734 | 28 814 | 208 | | |
| Öppenvård | | 551 | | | 52 454 | 378 |
| Lund totalt | | 1 285 | | | | |
| Eslöv | 43 505 | | | | | |
| Sluten vård | | 430 | 6 726 | 155 | | |
| Öppenvård | | 514 | | | 13 789 | 317 |
| Eslöv Totalt | | 944 | | | | |
| Landskrona | 39 592 | | | | | |
| Sluten vård | | 593 | 5 983 | 151 | | |
| Öppenvård | | 428 | | | 9 706 | 245 |
| Landskrona Totalt | | 1 021 | | | | |
| MELLERSTA SJUKVD | 221 789 | 1 171 | 41 523 | 187 | 75 949 | 342 |
| Helsingborg**** | 122 165 | | | | | |
| Sluten vård | | 634 | 20 796 | 170 | | |
| Öppenvård | | 564 | | | 46 981 | 385 |
| Helsingborg Totalt | | 1 198 | | | | |
| Ängelholm | 69 788 | | | | | |
| Sluten vård | | 436 | 10 725 | 154 | | |
| Öppenvård | | 586 | | | 19 238 | 276 |
| Ängelholm Totalt | | 1 022 | | | | |
| NV SJUKVÅRDSD | 191 953 | 1 134 | 31 521 | 164 | 66 219 | 345 |
| Hässleholm***** | 52 376 | | | | | |
| Sluten vård | | 293 | 4 026 | 77 | | |
| Öppenvård | | 517 | | | 18 095 | 345 |
| Hässleholm Totalt | | 810 | | | | |
| Kristianstad | 77 789 | | | | | |
| Sluten vård | | 427 | 10 902 | 140 | | |
| Öppenvård | | 457 | | | 27 882 | 358 |
| Kristianstad Totalt | | 885 | | | | |
| NO SJUKVÅRDSD | 130 165 | 855 | 14 928 | 115 | 45 977 | 353 |
| Ystad | 70 058 | | | | | |
| Sluten vård | | 437 | 9 650 | 138 | | |
| Öppenvård | | 564 | | | 24 869 | 355 |
| Ystad Totalt | | 1 001 | | | | |
| Y-Ö SJUKVÅRDSD | 70 058 | 1 001 | 9 650 | 138 | 24 869 | 355 |
| SKÅNE | 892 880 | 1 128 | 160 197 | 179 | 322 118 | 361 |
| RPK | | 140 | 31 164 | 35 | | |
| Metadonmottagn | | 21 | | | 25 156 | 28 |
| Ätstörningar | | 13 | 6 034 | 7 | | |

* RPK och metadonmottagning ingår ej

*** Ätstörningar (resurs) och RPK samt metadonmottagning ingår ej

***** RPK och äldre ingår ej samt ej metadonmottagning ***** ej RPK

BILAGA 2. SJUKDOMSTILLSTÅND

Sjukdomstillstånd/diagnos: Schizofreni

| | |
|---------------------------|---|
| Allvarlighetsgrad: | Oftast prioritet 1, ibland 2 i lugnt skede |
| Förekomst: | Relativt liten patientgrupp. Prevalens 0,4-0,5 %. Livstidsincidens 0,8% |
| Mål: | Symptomdämpning. Förhindra suicid och andra våldsrelaterade händelser. Förkorta exacerbationers varaktighet. Tidig upptäckt för att om möjligt förhindra funktionsnedsättning. Maximal funktionsnivå. |
| Prevention: | Främst sekundär och tertiärprevention. Utbildning av anhöriga och patienter, t ex tidiga tecken. Aktiv uppföljning. Utbildning av skolpersonal, allmänhet för tidig upptäckt (dock osäkra data). |
| Diagnostik: | Tidig diagnos för snabb intervention. Differentialdiagnostik syftande till rätt behandlingsform. <u>Kompetens:</u> Diagnos ställs av psykiatrispecialist eller vid akut insjuknande i akutpsykiatri. |
| Behandling: | Medicinering kontinuerligt eller i perioder. Krisintervention initialt. Stödjande/kognitiv psykoterapi (fr a KBT), psykopedagogiska insatser. Familjeintervention. <u>Kompetens:</u> Psykiatrispecialist, vanligen specialiserat team (psykosteam). Ofta första behandling i akutpsykiatri. Svåra fall inom högspecialiserad psykiatri. Psykiatrisk omvårdnad. |
| Rehabilitering: | Psykiatrisk rehabilitering, färdighetsträning och utvecklande av stöd/nätverk, personligt ombud. Case-management. Rehab i samverkan mellan psykiatri och socialtjänst, (FK och AMI). Behov av särskild kompetens i bemötandet av patienten oavsett om detta sker inom landstingsvård eller kommunal sjukvård. <u>Kompetens:</u> Kunskap i specifik rehabmetodik inom kommun och landsting. |
| Samverkan: | Specialiserade psykiatriska insatser i samverkan med socialtjänst, primärvård, FK och AMI. Personligt ombud. |
| Kvalitetsuppföljn: | Konsumtion av slutna vård. Mortalitet inkl suicidtal. GAF-skattning, andra skattningsskalor, t ex PANSS, BPRS. Patient- och anhörigenkät. |
| Vårdprogram: | SBU-rapport "Behandling med neuroleptika". Vårdprogram "Fallskärmsprojektet". SPF:s Kliniska Riktlinjer "Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd - kliniska riktlinjer för utredning och behandling" |

Sjukdomstillstånd/diagnos: Bipolära syndrom

| | |
|---------------------------|---|
| Allvarlighetsgrad: | Ofta prioritet 1, ibland 2 i lugnt skede |
| Förekomst: | Relativt liten patientgrupp. 1 % anges ofta som prevalens, men det finns data som talar för att siffran kan vara högre. Diagnostiken är under stark utveckling. En högre siffra om lättare tillstånd inkluderas |

| | |
|---------------------------|--|
| Mål: | Symptomfrihet. Förhindra dödsfall i suicid och andra våldrelaterade händelser. Förkorta episoders varaktighet. Maximal funktionsnivå kontinuerligt/mellan episoderna. Tidig upptäckt fört att förhindra |
| Prevention: | Utbildning av anhöriga och patienter. Aktiv uppföljning mellan episoderna |
| Diagnostik: | Differentialdiagnostik syftande till rätt behandlingsform <u>Kompetens:</u> Diagnosen ställs ofta i akutsjukvården. Diagnos bör i övrigt ställas av specialist i psykiatri, i vissa fall av ”diagnosspecialiserad” psykiatrispecialist. För unga med svår depression bör diagnos ställas av ”specialiserad” psykiatrispecialist. |
| Behandling: | Medicinering i perioder eller kontinuerligt. Stödjande/kognitiv psykoterapi, i synnerhet KBT. Psykoedukativa metoder med inriktning på bipolär sjukdom, familjeintervention, kunskap och allians. <u>Kompetens:</u> Ofta behov av akutbehandling i akutsjukvård. Långtidsbehandling hos psykiatrispecialist. Psykiatrisk omvårdnadskompetens. |
| Rehabilitering: | Psykiatrisk rehabilitering, Case-management i samverkan mellan psykiatrispecialist och omvårdnadskompetent personal. Rehab i samverkan mellan psykiatri, socialtjänst, FK och AMI. Vidare patientföreningar och anhöriga <u>Kompetens:</u> Kunskap i specifik rehabmetodik. |
| Samverkan: | Specialiserade psykiatriska insatser i samverkan med socialtjänst, primärvård, arbetsgivare, FK och AMI. Vidare patientföreningar och anhöriga |
| Kvalitetsuppföljn: | Konsumtion av slutna vård. Suicidal. GAF-skattning, andra skattningsskalor. Patient- och anhörigenkät. Kvalitetsregister affektiva sjukdomar. Uppföljning av biverkningar, t ex njurskador |
| Vårdprogram: | SPF:s Kliniska Riktlinjer ”Förstämningssjukdomar - kliniska riktlinjer för utredning och behandling”, ”Självmoordsnära patienter - kliniska riktlinjer för utredning och behandling”, SBU-rapport ”Behandling av depressionssjukdomar” |

Sjukdomstillstånd/diagnos: Missbruk och beroende av substanser samt relaterade syndrom

| | |
|---------------------------|--|
| Allvarlighetsgrad: | Prioritet 3, i svåra fall 1 och 2 |
| Förekomst: | Stor patientgrupp, vanligt förekommande. Prevalens för alkoholberoende 4-6%, drogberoende 1% |
| Mål: | Nykterhet/missbruksfrihet. Förhindra somatiska komplikationer. Förhindra dödsfall i suicid. Förkorta episodernas varaktighet. Maximal funktionsnivå |
| Prevention: | Information. Utbildning av anhöriga och patienter. Aktivt stöd/uppföljning |
| Diagnostik: | Droganalyser. Differentialdiagnostik. Somatisk diagnostik. <u>Kompetens:</u> Allmänspecialist, i vissa fall psykiatrispecialist och i svåra fall specialist i beroendesjukdomar |

| | |
|------------------------|--|
| Behandling: | Avgiftning. Farmakologisk behandling. Psykoterapi. Behandlingshem. <u>Kompetens:</u> Allmänspecialist, i vissa fall psykiatrispecialist och i svåra fall specialist i beroendesjukdomar |
| Rehabilitering: | Behandlingshem. Rehab i samverkan mellan socialtjänst, FK och AMI <u>Kompetens:</u> Specifik metodik |
| Samverkan: | Kommunala insatser i samverkan med subspecialiserad psykiatri, primärvård, FK och AMI. |
| Uppföljning: | Konsumtion av slutna vård. Suicidal. GAF-skattning, andra skattningsskalor. Patient- och anhörigenkät |
| Vårdprogram: | SPF: s Kliniska Riktlinjer ” Alkoholproblem - kliniska riktlinjer för utredning och behandling”, SBU-rapport ”Behandling av alkohol- och narkotikaproblem” |

Sjukdomstillstånd/diagnos: **Organiska psykosyndrom**

| | |
|---------------------------|---|
| Allvarlighetsgrad: | Prioritet 1-3 |
| Förekomst: | Stor patientgrupp (fr a demenserna), 1-årsprevalens 3% (DSM-IV) |
| Mål: | Symptomreduktion. Högre eller bibehållen (maximal) funktionsnivå. Högsta möjliga livskvalitet, t ex att kunna fungera i hemmet så länge som möjligt. Underlätta för anhöriga. |
| Prevention: | Ex prevention av arterioscleros, behandling av andra somatiska tillstånd som kan orsaka demens, t ex hypertoni- och blodfetsbehandling. Alkoholprevention. |
| Diagnostik: | Differentialdiagnostik syftande till tidig behandling. <u>Kompetens:</u> Diagnos ställs ofta av allmänspecialist, i vissa fall geriatriker eller psykogeriatrisk specialist, t ex vis presenila demenser, ibland även inom högspecialiserad vård. Vid postencefalitiska och posttraumatiska tillstånd ofta neurologspecialist. |
| Behandling: | Farmakologisk behandling vid Alzheimers sjukdom. Behandling av bakomliggande somatiska tillstånd. Omvårdnad. <u>Kompetens:</u> Allmänspecialist. Ofta akutpsykiatri vid akuta konfusioner och orostillstånd. I längre vårdförlopp kvalificerad omvårdnad i hemsjukvård, i vissa fall specialutbildad personal. Neurologspecialist. |
| Rehabilitering: | Funktionsträning. Upprätthållande av basala funktioner <u>Kompetens:</u> T ex rehabilitering med särskild metodik efter neurologisk skada eller sjukdom |
| Samverkan: | Kommunala insatser, familjeläkare/primärvård. Neurolog, andra somatiska specialiteter. |
| Kvalitetsuppföljn: | Konsumtion av slutna vård, tid i eget boende efter diagnos. GAF-skattning, andra skattningsskalor, t ex minnestest. Patient- och anhörigenkät. |

Vårdprogram: SPF:s Kliniska Riktlinjer "Äldrepsykiatri - kliniska riktlinjer för utredning och behandling", Vårdprogram demenstillstånd Malmöhus läns landsting 1998, SBU-rapport "Demenssjukdomar" (pågående)

Sjukdomstillstånd/diagnos: Personlighetsstörningar

Allvarlighetsgrad: Prioritering 3, men i svåra fall, speciellt vid självskadebeteende 1 och 2

Förekomst: Vanligt förekommande men varierande prevalens inom olika subgrupper, stor spännvidd i de siffror som anges

Mål: Symptomfrihet. Förhindra våldsrelaterade händelser och dödsfall i suicid. Maximal funktionsnivå.

Prevention: Tidig diagnostik för att förebygga malignisering?

Diagnostik: Differentialdiagnostik syftande till rätt behandlingsform
Kompetens: Svår diagnos, vanligen psykiatrispecialist, i komplicerade fall "specialiserad" specialist

Behandling: Farmaka. Upprepade krisinterventioner, psykoterapi, kognitiv, KBT, beroende på typ och svårighetsgrad.
Kompetens: Psykiatrispecialist, ofta i akutsjukvård inklusive slutenvård i samband med självdestruktiva handlingar. Psykoterapeutisk kompetens.

Rehabilitering: I förekommande fall samverkan med FK och AMI
Kompetens: Psykiatrispecialist, adekvat psykoterapeutisk kompetens

Samverkan: Samverkan mellan socialtjänst, primärvård, arbetsgivare, FK och AMI. Vidare patientföreningar och anhöriga.

Kvalitetsuppföljn: Vårdkonsumtion. Suicidal, självskadehandlingar. GAF-skattning, andra skattningsskalor. Patient- och anhörigenkät. Sjukskrivningstal.

Vårdprogram: SPF:s Kliniska Riktlinjer "Självmordsnära patienter - kliniska riktlinjer för utredning och behandling"

Sjukdomstillstånd/diagnos: Somatoforma och dissociativa syndrom

Allvarlighetsgrad: Prioritering 3, svåra fall 1 och 2

Förekomst: Liten patientgrupp? Osäkra data, livstidsprevalens 0,2-2% för kvinnor, mindre än 0,2% för män

Mål: Symptomfrihet, högsta möjliga funktionsnivå

Prevention: Utbildning av anhöriga och patienter. Tidig diagnostik för att förhindra kronisering

Diagnostik: Differentialdiagnostik, i synnerhet gentemot somatiska tillstånd

Kompetens: Allmänspecialist, i komplicerade fall
psykiatrispecialist, i samverkan med annan organspecialist.

Behandling: Farmaka, i vissa fall under längre perioder, t ex antidepressiv mediciner. Psykoterapi, kognitiv psykoterapi/KBT. Fysioterapi.
Kompetens: Allmänspecialist, i komplicerade fall
psykiatrispecialist. Psykoterapeutisk kompetens, specifik sjukgymnastkompetens. Specifik kunskap kring smärtbehandling

Rehabilitering: Multidisciplinärt team (dock saknas i stor utsträckning dokumentation). I förekommande fall samverkan med FK och AMI
Kompetens: Allmänmedicinsk specialist, i vissa fall
psykiatrispecialist. Adekvat psykoterapeutisk kompetens, specifik kunskap kring smärtbehandling,

Samverkan: Samverkan mellan socialtjänst, primärvård, arbetsgivare, FK och AMI. Vidare patientföreningar och anhöriga.

Kvalitetsuppföljn: Vårdkonsumtion. Suicidal. GAF-skattning, andra skattningsskalor. Patient- och anhörigenkät. Sjukskrivningstal.

Vårdprogram: SBU-rapport ”Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis”

Sjukdomstillstånd/diagnos: Maladaptiva stressreaktioner, posttraumatiska tillstånd

Allvarlighetsgrad: Prio 3, men svåra och komplicerade fall 1 och 2 (bl a risk för suicid)

Förekomst: Uppenbart vanligt, stor patientgrupp. Antalet patienter med PTSD har sannolikt ökat men tydliga epidemiologiska data saknas.
Prevalens PTSD
1-14%.

Mål: Symptomfrihet. Förhindra våldsrelaterade handlingar och dödsfall i suicid. Maximal funktionsnivå.

Prevention: Adekvat krisomhändertagande i tidigt skede, ”debriefingtekniker” (jfr polisen, SJ) omhändertagande vid katastrofer.

Diagnostik: Differentialdiagnostik syftande till rätt behandlingsform
Kompetens: Vanligen allmänspecialist, i komplicerade eller akuta fall psykiatrispecialist.

Behandling: Krisintervention. Kortvarig mediciner för symtomlindring, i vissa fall under längre perioder, t ex antidepressiv mediciner vis PTSD. KBT/annan kognitiv psykoterapi. EMDR. Fysioterapi.
Kompetens: Allmänspecialist, i komplicerade fall
psykiatrispecialist. Psykoterapeutisk kompetens, specifik sjukgymnastkompetens. Specifik kunskap kring smärtbehandling. I förekommande fall adekvat kulturkompetens.

Rehabilitering: Multidisciplinärt team (dock saknas i stor utsträckning dokumentation). I förekommande fall samverkan med FK och AMI
Kompetens: Allmänmedicinsk specialist, i vissa fall
psykiatrispecialist. Adekvat psykoterapeutisk kompetens, specifik kunskap kring smärtbehandling, adekvat kulturkompetens.

Samverkan: Samverkan mellan socialtjänst, primärvård, arbetsgivare, FK och AMI. Vidare patientföreningar och anhöriga.

Kvalitetsuppföljn: Vårdkonsumtion. Suicidal. GAF-skattning, andra skattningsskalor. Patient- och anhörigenkät. Sjukskrivningstal.

Vårdprogram: SBU-rapport ”Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis

Sjukdomstillstånd/diagnos: Ångestsyndrom

Allvarlighetsgrad: Prio 3, i svåra fall med påtaglig funktionsnedsättning 1 och 2

Förekomst: Stor patientgrupp. Prevalens GAD 3%, paniksyndrom med agorafobi 1-2%, social fobi 3-13%, tvångssyndrom 1,5-2%.

Mål: Förhindra dödsfall i suicid. Maximal funktionsnivå.

Prevention: Utbildning av anhöriga och patienter. Minska stress i skolan och arbetslivet. Förebyggande hälsovårdsinsatser i skola och barnomsorg.

Diagnostik: Differentialdiagnostik syftande till rätt behandlingsform.
Kompetens: Ofta primärdiagnostik av allmänspecialist, i övrigt psykiatrispecialist. Vid akut debut ställs diagnosen ofta i akutsjukvård.

Behandling: Medicinering i perioder eller kontinuerligt. Psykoterapi, i synnerhet KBT. Psykiatrisk sjukgymnastik.
Kompetens: Ofta behandling av allmänspecialist men i svårare fall specialist i psykiatri. I komplicerade fall högspecialiserad vård.

Rehabilitering: I förekommande fall samarbete mellan psykiatri FK och AMI, vidare arbetsgivare, anhöriga, socialförvaltning, träffpunktsverksamhet.
Kompetens: Multidisciplinära team, riktade rehabprojekt med integrerade insatser från FK, AMI alt. arbetsgivare. Föga dokumentation.

Samverkan: Arbetsgivare, FK, AMI. Anhöriga, patientorganisationer. Ibland kommunala insatser vid komplexa tillstånd.

Kvalitetsuppföljn: Vårdkonsumtion. Suicidal. GAF-skattning, andra skattningsskalor. Patient- och anhörigenkät. Sjukskrivningstal.

Vårdprogram: SPF:s Kliniska Riktlinjer ”Ångestsyndrom - kliniska riktlinjer för utredning och behandling”, SBU-rapport ”Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis.

Sjukdomstillstånd/diagnos: Ätstörningar

Allvarlighetsgrad: Prioritering 3 men svåra fall 1 och 2

Förekomst: Liten patientgrupp. Prevalens 1 % för kvinnor och 0,1 % för män. Ökande totalt sett men renodlade former konstanta. Blandformer ökar.

Mål: Symptomfrihet/reduktion. Förhindra dödsfall i suicid. Förkorta episodernas varaktighet. Maximal funktionsnivå mellan episoderna

| | |
|---------------------------|--|
| Prevention: | Utbildning av anhöriga och patienter. Aktiv uppföljning mellan episoderna |
| Diagnostik: | Differentialdiagnostik syftande till rätt behandlingsform. <u>Kompetens:</u> Allmänspecialist träffar ofta patienten först, screening, men ska ej ställa diagnos. I de flesta fall ska diagnos ställas av specialist i psykiatri, ibland i specialiserade team eller komplicerade fall högspecialiserad vård” |
| Behandling: | Psykoterapi, farmakologisk, dietist. Vid anorexi är det första att häva svälten. Inläggning vid BMI 14. För enklare bulimi självhjälpsprogram, KBT. Relativt hög evidens för antidepressiva, SSRI <u>Kompetens:</u> Slutenvård och ibland akutsjukvård, i vissa fall i högspecialiserad vård. Även samverkan med internmedicin. Familjeinriktning för ungdomar, önskemål även för unga vuxna. |
| Rehabilitering: | I förekommande fall i samarbete med FK och AMI <u>Kompetens:</u> |
| Samverkan: | Konsultativa insatser till primärvården, skola. Ibland kommunala insatser vid mera komplexa tillstånd. |
| Kvalitetsuppföljn: | Vårdkonsumtion. Suicidal. Sjukskrivningstal GAF-skattning, andra skattningsskalor. BMI, Ätstörningsformulär. Patient- och anhörigenkät. Riksät. |
| Vårdprogram: | Riksät, Eating disorders. www.nice.org.uk |

Sjukdomstillstånd/diagnos: Övriga förstämningssyndrom

| | |
|---------------------------|--|
| Allvarlighetsgrad: | Prio 3, i svåra fall 1 och 2. Prio 1 vid allvarliga suicidtankar och självmordshandlingar. |
| Förekomst: | Stor patientgrupp, vanligt förekommande, prevalens 5 %. Överrepresentation av kvinnor. 40% livstidsrisk för kvinnor, 20% för män |
| Mål: | Symptomfrihet. Förhindra dödsfall i suicid. Förkorta episodernas varaktighet. Maximal funktionsnivå mellan episoderna och även kontinuerligt. |
| Prevention: | Utbildning av anhöriga och patienter. Aktiv uppföljning mellan episoderna |
| Diagnostik: | Differentialdiagnostik syftande till rätt behandlingsform. Ej missa differentialdiagnos demens. <u>Kompetens:</u> Diagnosen ställs ibland i akutsjukvården. Diagnos kan ofta ställas av allmänspecialist, men i komplicerade fall av specialist i psykiatri, i vissa fall av ”diagnosspecialiserad” psykiatrispecialist. |
| Behandling: | Medicinering i perioder eller kontinuerligt. ECT. Ljusbehandling. Psykoterapi eller psykoterapi i kombination med mediciner. KBT, IPT, psykodynamisk psykoterapi. Krisintervention. <u>Kompetens:</u> Ofta behov av akutbehandling i akutsjukvård. Långsiktig behandling ofta av allmänspecialist, men i komplicerade fall specialist i psykiatri, i vissa fall av ”diagnosspecialiserad” psykiatrispecialist. Psykoterapeutisk kompetens och psykiatrisk |

omvårdnadskompetens. Vård av barn och ungdomar bör ske av psykiatrispecialist i högspecialiserad vård.

- Rehabilitering:** Riktade rehabprojekt med integrerade insatser från FK, AMI alt. arbetsgivare. Föga dokumentation. Vidare samarbete med arbetsgivare, anhöriga, socialförvaltning, träffpunktsverksamhet.
Kompetens: Kunskap i specifik rehabmetodik.
- Samverkan:** Konsultativa insatser till primärvården, FK, AMI. Arbetsgivare, anhöriga, patientorganisationer. Ibland kommunala insatser.
- Kvalitetsuppföljn:** Vårdkonsumtion. Suicidal. GAF-skattning, andra skattningsskalor, t ex MADRS. Patient- och anhörigenkät. Sjukskrivningstal.
- Vårdprogram:** SPF:s Kliniska Riktlinjer "Förstämningssjukdomar - kliniska riktlinjer för utredning och behandling", "Självmoordsnära patienter - kliniska riktlinjer för utredning och behandling, SBU-rapport "Behandling av depressionssjukdomar"

Sjukdomstillstånd/diagnos: **Övriga psykotiska syndrom**

- Allvarlighetsgrad:** Ofta prioritet 1, ibland 2.
- Förekomst:** Relativt liten patientgrupp. Prevalens för hela gruppen 0,4 %, kortvarig psykos 0,1 %. Schizoaffektivt syndrom sannolikt lägre prevalens än för schizofreni, vanföreställningssyndrom 0,3%
- Mål:** Symptomdämpning. Förhindra suicid och andra våldsrelaterade händelser. Förkorta exacerbationers varaktighet. Maximal funktionsnivå
- Prevention:** Bl a utbildning av anhöriga och patienter. Aktiv uppföljning mellan episoderna
- Diagnostik:** Tidig diagnos för snabb intervention. Differentialdiagnostik syftande till rätt behandlingsform.
Kompetens: Diagnos ställs av psykiatrispecialist, ofta inom akutsjukvård.
- Behandling:** Medicinering kontinuerligt eller i perioder. Krisintervention initialt. Stödjande/kognitiv psykoterapi (fr a KBT), psykopedagogiska insatser. Familjeintervention.
Kompetens: Psykiatrispecialist, ibland specialiserat team (psykosteam). Vid akut insjuknande första behandling i akutpsykiatri. Vissa svåra fall sköts inom högspecialiserad psykiatri. Psykiatrisk omvårdnad.
- Rehabilitering:** Psykiatrisk rehabilitering, färdighetsträning och utvecklande av stöd/nätverk, personligt ombud. Case-management. Rehab i samverkan mellan psykiatri och socialtjänst, (FK och AMI). Ofta mindre uttalade funktionshinder jämfört med schizofreni
Kompetens: Kunskap i specifik rehabmetodik inom kommun och landsting
- Samverkan:** Specialiserade psykiatriska insatser i samverkan med socialtjänst, primärvård, FK och AMI. Personligt ombud.

- Kvalitetsuppföljn:** Konsumtion av sluten vård. Mortalitet inkl suicidal. GAF-skattning, andra skattningsskalor, t ex PANSS, BPRS. Patient- och anhörigenkät.
- Vårdprogram:** SBU-rapport "Behandling med neuroleptika". SPF:s Kliniska Riktlinjer "Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd - kliniska riktlinjer för utredning och behandling

BILAGA 3. RIKTLINJER FÖR OMHÄNDERTAGANDE

Primärvården Skåne Mellersta

Riktlinjer för omhändertagande av patienter med psykiatriska symtom inom primärvård resp. psykiatrisk specialistsjukvård

Oklar diagnos

Oklar diagnos en längre period orsakar behandlingsproblem. För primärvårdsläkare är det viktigt att i sådana lägen kunna få hjälp med diagnostik utan alltför lång väntetid inom specialistsjukvården. Psykiatrin ska bistå med diagnostisk bedömning samt ge förslag på behandling alt. påbörja behandlingen. Uppföljningen kan oftast ske inom primärvården.

Kristillstånd

Personer med okomplicerade kriser bör, om de söker sjukvård, omhändertas inom primärvården. Allvarigare kristillstånd handläggs inom psykiatrin.

Förstämningssyndrom

Okomplicerade depressioner bör behandlas inom primärvård. Behov av kompletterande behandling såsom samtalsbehandling ska bedömas först efter adekvat antidepressiv medicinering under minst 4 veckor. Naturligtvis kan patienter behöva stöd under dessa fyra veckor för att orka genomföra behandlingen. Detta stöd ska vid behov ges inom primärvården.

Som alternativ till medicinering kan vissa former av psykoterapi användas. Tillgången på terapeuter med adekvat utbildning är dock starkt begränsad och väntetiderna långa varför detta i nuläget sällan är ett realistiskt alternativ vid en depressionsbehandling.

Den psykiatriska vården bör handlägga:

Bipolära syndrom.

Litiumbehandlade pat.

Pat med manisk sjukdomsbild.

Förstämning av psykotisk valör.

Depression med suicidrisk.

Terapieresistenta depressioner.

Pat med behov av psykoterapeutisk behandling (se ovan beträffande bedömning).

Depressioner med komplicerande faktorer såsom depression post partum, personlighetsstörning.

Beträffande nedstämdhet i kombination med alkoholmissbruk skall missbruket behandlas innan ev. kvarstående depression behandlas. Ganska lång nykter period krävs innan depressionsgrad kan bedömas.

Ångestsyndrom

Ångest av lindrig eller måttlig svårighetsgrad, tillfällig eller återkommande, bör handläggas inom primärvården. Detta gäller även panikångestsjukdom om denna inte blir långvarig. Allvarigare ångesttillstånd samt svåra fobiska tillstånd ska behandlas inom psykiatrin.

Tvångstillstånd, ex tvättvång: Pröva gärna SSRI-behandling i primärvård. Ofta krävs hög medicinos. Vid långvariga samt mer generaliserade tvångstillstånd behövs psykiatrisk vård.

Personlighetsstörningar

Patienterna söker inom alla delar av sjukvården. Det är viktigt att rätt diagnos ställs eftersom stora problem annars kan uppstå. Diagnossättning sker på specialistnivå. Ev. behandling riktad mot personlighetsstörningen ges inom psykiatrin.

Ätstörningssjukdomar

Patienter med anorexi och bulimi sköts av psykiatrin.

Psykotiska tillstånd

Bedömning bör ske inom psykiatrisk vård. Även behandlingen ges mestadels inom psykiatrisk vård. Vissa patienter, såsom äldre patienter med ringa psykiatriskt vårdbehov, kan skötas inom primärvården med konsultinsatser från psykiatrin vid behov.

Psykosomatiska syndrom

En mycket mångfasetterad grupp patienter, som ofta har svårt att acceptera psykiatriska bedömnings- och behandlingsinsatser. Vid allvarliga psykosomatiska tillstånd ska den psykiatriska vården erbjuda bedömningar och ge förslag på ev. psykiatriska behandlingsinsatser.

Missbruk

Alkohol: En lokal överenskommelse mellan kommun och primärvård rekommenderas beträffande vård/behandling vid alkoholmissbruk. Socialförvaltningen beslutar angående behandlingsinsatser på privata behandlingsenheter (ibland betalar dock arbetsgivare).

Vid akut behov av avgiftning inom psykiatrisk slutenvård remitteras patienten till Akutmott Psyk.klin Lund. (Ex. vid risk för delirium). Avgiftning inom primärvård bör kunna genomföras i övriga fall.

Narkotika: Samarbete med socialförvaltningen krävs vad gäller vård och behandling. Avgiftning i dagvårdsform samt motivationsarbete för fortsatt drogfrihet erbjuds på avgiftningsenheten 1 E Psyk.klin Lund. Rådgivningsbyrån för narkotikafrågor i Lund erbjuder information kring narkotikamissbruk samt behandling i öppenvård.

Tabletter: Behandling av bensodiazepinmissbruk kan i många fall skötas polikliniskt. Detta bör helst skötas av en specialist i psykiatri. Om poliklinisk avgiftning misslyckas rekommenderas i första hand inläggning inom Beroendecentrum Malmö.

Blandmissbruk av tabletter och narkotika: Se narkotika.

Obs: Förebygg tablettmissbruket genom restriktiv förskrivning av tabletter med beroendepotential. Ej bensodiazepiner eller kodeinpreparat till personer med missbruk av något slag i anamnesen.

Vårdintygsbedömningar

Vårdintygsbedömningar gällande patienter som har en pågående psykiatrisk kontakt görs av läkare från psykiatrisk klinik. Övriga vårdintygsbedömningar i öppenvård görs av primärvårdsläkare.

Personer med insatser enligt LSS (Lagen om stöd och service)

LSS-lagstiftningen omfattar en stor grupp människor med begåvningshandikapp, autism, funktionsnedsättning efter hjärnskada och andra allvarliga och varaktiga psykiska eller fysiska funktionshinder.

De personer som har stöd enligt LSS pga. begåvningshandikapp, autism eller autismliknande tillstånd har rätt till omfattande stödinsatser från kommunens sida. Beträffande sjukvårdsinsatser vid psykiatriska symtom ska dessa erbjudas på samma villkor som till befolkningen i övrigt. Psykiska symtom förekommer oftare än hos befolkningen i övrigt, och ofta är det svårt såväl att ställa korrekt diagnos som att ge en effektiv behandling. Bedömnings- och behandlingsinsatser ska i första hand göras inom primärvården. Om man i primärvården önskar konsultinsats från psykiatrin ska sådan ges på samma grunder som för personer utan stöd enl LSS. Om allvarliga psykiska symtom kvarstår ska patienten ha en ansvarig läkare inom psykiatrin.

Den tidigare tjänsten som psykiater inom omsorgsverksamheten finns inte kvar.

Datum: 2003

Uppgiftslämnare: Margareta Rempling, Bodil Gervind

AKO-koordinator: Rickard Ekesbo

Primärvården Skåne Mellersta

BILAGA 4. AKUTOMHÄNDERTAGANDE I NÄRSJUKVÅRDEN

Akut omhändertagande i närsjukvården –
psykisk ohälsa och psykisk sjukdom

| Symptom/problem | Närsjukvård | | | Spec.vård |
|---|---|--------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| | Sjukvårds- upplysning/ rådgivning | Familje- läkar- systemet | Psykiatriska öv-teamet | Specialiserad psykiatri |
| Tillfälliga besvär av lindrig natur | x | (x) | | |
| Nedstämdhet, oro, sömnproblem | | x | | |
| Akut kris med måttliga besvär | x | (x) | | |
| Akut kris med uttalade besvär | | | x | |
| Nedstämdhet med självmordstankar eller vanföreställningar | | | x | (x) |
| Långvariga svårbehandlade svåra depressiva besvär | | | | x |
| Risikkonsumtion alkohol/droger | | x | | |
| Långvarigt svårt missbruk/beroende | | | x | (x) |
| Akuta förvirringssymtom hos äldre | | x | (x) | |
| Nydebuterade psykotiska symtom | | | x | (x) |
| Akuta psykiska besvär hos patienter med känd psykosjukdom | | | x | |
| Vårdintygsbedömning av patient som behandlas på psykiatrisk mottagning | | | x | (x) |
| Vårdintygsbedömning av patient utan tidigare känd psykosjukdom | | x | | |
| Intagning slutenvård när vårdintyg utfärdats | | | | x |
| Risik beteende; ätstörningar, självskadebeteende | | x | (x) | |