

Bilaga – Nulägesbeskrivning av arbetsgruppen

Innehåll

Inledning	2
Sammanfattning av arbetsgruppens synpunkter SWOT-analys	2
Styrkor (Strengths)	2
Svagheter (Weaknesses)	2
Möjligheter (Opportunities)	2
Hot (Threats)	3
Sammanfattning av viktigaste punkter	3
Vad fungerar bra?	3
Vad fungerar mindre bra?	4
Vilka styrkor finns?	5
Vilka utmaningar finns?	5

Inledning

I den inledande fasen ombads arbetsgruppen att, utan givna ramar, beskriva vad som fungerar bra, vad som fungerar mindre bra samt vilka styrkor och utmaningar som finns i specialistpsykiatri i dag. Synpunkterna samlades i ett gemensamt dokument som delades via en Teams-kanal. Resultatet omfattade mer än 13 sidor.

Utvecklingsteamet gjorde därefter en sammanställning av materialet, inklusive en SWOT-analys. Sammanställningen ligger till grund och är en del av utvecklingsplanens nulägesanalys.

Sammanfattning av arbetsgruppens synpunkter SWOT-analys

Underlaget har sammanställts med stöd av Copilot 25 maj 2026.

Prompt: sammanfatta de viktigaste punkterna under respektive rubrik. Gör en SWOT-analys av materialet. Utgå endast från det bifogade dokumentet.

Styrkor (strengths)

- Engagerade och erfarna medarbetare.
- God kollegial kultur och samarbetsvilja.
- Relativt god tillgänglighet inom akutpsykiatri.
- Stark specialistkompetens inom vissa verksamheter.
- Aktiv utvecklingsvilja och innovationskraft.
- Fungerande psykoedukation och gruppbehandlingar.
- Stabil slutenvård med god läkarbemanning i delar av verksamheten.

Svagheter (weaknesses)

- Bristande kontinuitet och hög personalomsättning.
- Otydlig styrning och svagt medicinskt ledarskap.
- Långa väntetider och otillräcklig tillgång till behandling.
- Stora samverkansproblem mellan vårdnivåer och verksamheter.
- Otillräckliga lokaler och hög arbetsbelastning.
- Stort beroende av läkemedelsbehandling och utredningar.
- Brist på förebyggande och rehabiliterande insatser.

Möjligheter (opportunities)

- Utveckla personcentrerade och kreativa behandlingsformer.
- Bygga vidare på engagemang och specialistkompetens.
- Utöka forskning, utbildning och specialistkarriärer.
- Vidareutveckla digitala arbetssätt och behandling.
- Skapa sammanhållna vårdflöden och utveckla vård vid samsjuklighet.
- Införa fler mellanvårds- och dagvårdsformer.

- Använda kultur och rehabiliterande aktiviteter mer systematiskt.

Hot (threats)

- Fortsatt kompetensflykt och rekryteringssvårigheter.
- Ökad vårdtyngd och fler patienter med komplexa behov.
- Risk för försämrad patientsäkerhet vid underbemanning och bristande kontinuitet.
- Risk för minskat förtroende från patienter och allmänhet.
- Fortsatt fragmentering mellan verksamheter och huvudmän.
- Ekonomiska begränsningar som påverkar kompetensutveckling och förbättringsarbete.
- Risk att förändringsarbete inte implementeras eller följs upp.

Sammanfattning av viktigaste punkter

Vad fungerar bra?

Organisation och personal

- Starkt engagemang och god kollegial sammanhållning i flera verksamheter.
- Erfaren och kompetent personal samt god närvaro av chefer
- Förbättrad rekrytering inom vissa professioner, till exempel psykologer och ST-läkare.
- God läkarbemanning inom slutenvården och minskat beroende av hyrpersonal.
- Specialistkompetens inom flera områden, särskilt inom barn- och ungdomspsykiatri.

Tillgänglighet och vårdutbud

- God tillgänglighet via 1177, akuttelefon och psykiatrisk akutmottagning.
- Gruppbehandlingar och psykoedukation fungerar väl, särskilt inom ADHD och autism.
- Strukturerad hantering av väntelistor och bedömningar i delar av verksamheten
- Digitala möten fungerar väl.
- Psykiatriska akutvården beskrivs som tillgänglig med relativt korta väntetider.

Samverkan och utveckling

- Fungerande samarbete med vissa skolor, socialtjänster och vårdgrannar.
- Aktivt utvecklingsarbete och vilja att prova nya arbetssätt.
- Velfungerande teamlösningar i vissa verksamheter, exempelvis CEI och SPOT-teamet.
- Samverkan mellan öppenvård och slutenvård fungerar väl i delar av beroendevården.

Patientperspektiv

- Trygghet och ett gott bemötande stärker behandlingsalliansen.
- Kreativa arbetssätt, kultur och metoder för ångesthantering är värdefulla komplement.
- Personcentrerade arbetssätt fungerar väl där de används.

Vad fungerar mindre bra?

Ledning och styrning

- Brist på medicinskt ledarskap inom öppenvården.
- Otydliga prioriteringar och bristande genomförande av beslutade förändringar.
- Stor variation mellan chefer och verksamheter.
- Svagt organisatoriskt lärande, avvikelser och tidigare erfarenheter används inte systematiskt.

Kontinuitet och bemanning

- Brist på specialistläkare och högt beroende av hyrläkare inom flera områden.
- Bristande kontinuitet för patienter, särskilt i läkarkontakter.
- Hög personalomsättning och svårigheter att behålla kompetens.
- Brist på flera professioner: arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister, kuratorer och psykologer.

Vårdprocesser och samverkan

- Brister i övergångar mellan slutenvård och öppenvård.
- Otydlig samverkan med kommuner och andra vårdaktörer.
- Otydliga uppdrag mellan psykiatri, habilitering och primärvård.
- Brister i utskrivningsprocesser och vårdplanering.

Tillgänglighet och behandling

- Långa väntetider till behandlingar och neuropsykiatriska utredningar.
- Stort fokus på läkemedel och utredningar jämfört med psykoterapi och psykosocial behandling.
- Brister i beroendevård och otillräcklig traumabehandling.
- Otillräckliga resurser för förebyggande arbete.

Arbetsmiljö

- Hög arbetsbelastning och stress.
- Rädsla för repressalier vid avvikelserapportering.
- Otydliga roller och arbetsbeskrivningar.
- Bristfälliga lokaler och lokalbrist.

Patientbemötande och patientsäkerhet

- Patienter upplever i vissa fall att de inte blir lyssnade på.
- Brister i bemötande, särskilt vid samsjuklighet och självskadeproblematik.
- Ojämlig vård och variation i bedömningar mellan verksamheter och läkare.
- Risker kopplade till låg kompetens hos vikarier och otillräcklig bemanning.

Vilka styrkor finns?

- Hög kompetens och stort engagemang hos medarbetare.
- Stark vilja att hjälpa patienter och förbättra vården.
- God samarbetskultur i många arbetsgrupper.
- Möjlighet till kompetensutveckling inom vissa områden.
- En bred vårdkedja från öppenvård till heldygnsvård.
- Vetenskaplig koppling till universitet.
- Fungerande mellanvård inom vissa områden.
- Flexibilitet att anpassa insatser efter patientens behov.

Vilka utmaningar finns?

Kompetensförsörjning

- Svårt att rekrytera och behålla specialistkompetens.
- Otillräcklig löneutveckling och arbetsvillkor.
- Hög belastning på sjuksköterskor och annan vårdnära personal.
- Behov av tydligare karriärvägar och specialistfunktioner.

Ökande vårdbehov

- Äldre och mer komplex patientgrupp.
- Ökad samsjuklighet och fler neuropsykiatriska frågeställningar.
- Ökat inflöde till specialistpsykiatri.

Struktur och vårdnivåer

- Otydligt uppdrag för specialistpsykiatri.
- Svårt att hålla rätt vårdnivå mellan psykiatri, primärvård och första linjen.
- Fragmenterade arbetssätt försvårar sammanhållen vård.

Geografi och ojämlikhet

- Långa avstånd och geografiska skillnader påverkar tillgänglighet.
- Skillnader mellan kommuners stödinsatser.
- Ojämlig beroendevård.

Arbetsmiljö och kultur

- Ohållbart arbetsklimat och motstånd mot förändringar.
- Hierarkiska strukturer påverkar samarbete.
- Psykiatrins rykte påverkar rekrytering och patientförtroende.

Remissversion

Arbetsmiljö och kultur

- Ohållbart arbetsklimat i delar av verksamheten.
- Motstånd mot förändringar.
- Hierarkiska strukturer påverkar samarbete.
- Psykiatriens rykte påverkar rekrytering och patientförtroende.

Nulägesbeskrivning av arbetsgruppen

Här hjälps vi åt att fylla på våra tankar kring nulägesbeskrivning.

Diskutera gärna detta med era kollegor under veckan.

Instruktion:

Skriv era tankar punktform under respektive rubrik.

Nuläge

Vad fungerar bra?

- *Ex. rekrytering av ST-läkare*
- Bra att det tagits fram psykoedukationsmaterial/-struktur för tex ADHD och autism
- Bra att det finns gruppbehandlingar för vissa tillstånd, inkl. öppna föräldraträffar
- Bra samarbete med vissa skolor, socialtjänster, vårdgrannar, tyvärr ganska personberoende.
- Mycket utvecklingsarbete har skett senaste åren (Dock svårt att förmedla kunskapen ner i organisationen och ut i samhället)
- Bra att vi lyckats rekrytera tex flera psykologer
- Kollegial sammanhållning
- God tillgänglighet via 1177, rådgivningstelefon, akuttelefon och öppet föräldrastöd.
- Hög andel specialistpsykologer på BUP
- Hög läkartäthet inom vuxenpsykiatriska slutenvård
- Bra personalgrupp med van och kompetent personal
- Bra kontakt och ledning av närmsta chef
- Stor vilja från behandlare att erbjuda bra vård så fort som möjligt
- Bra handledning (bup) Gäller även ÖV i Karlstad
- Antal psykologer har ökat på BUP de senaste 5–10 åren
- Förbättrad struktur över väntelistor (BUP)
- Mycket engagerade medarbetare (Bup)
- Stor möjlighet till självständigt arbete (Bup)
- Kollegialt stöd /Bup
- Värdefullt med dietist på Bup
- Bra med ett eget neuropsykiatrisk-team för de yngre barnen på Bup

- Digitala möten är bra
- Relativt fungerande samarbete socialtjänst och slutenvård för planerad beroendevård
- Uppmuntras att tänka nytt och utveckla arbetet på mottagningarna (Karlstad ÖV)
- Stort förtroende från chefer (Karlstad ÖV)
- Det är lättare att hitta rutiner i Vida efter att vi fick en startsida
- Bra samarbete inom psykologgruppen mellan mottagningarna (Karlstad ÖV)
- CEI har fungerat bra fram till omorganisationen: bra samarbete terapeut/ läkare, medicinsanering, arbetsrehabilitering och välfungerande behandlingsmetod
- Psykosteamet,
- gynnsamt att psykosteamet, CEI, Laro och ätstörningsmottagningen är i samma hus som slutenvården. Enkla kontaktvägar, kontinuitet även om patienten är inneliggande
- När patienten känner sig lyssnad på, får hjälp med ångesthantering och hittar egna sätt att hantera sitt mående på/förstår sig själv bättre så ökar tryggheten och har då lättare att be om hjälp. Patienten anförtror sig, även om svåra saker/händelser till personal den känner trygghet med.
- Intresse och tacksamhet när patienten lär sig olika sätt att uttrycka sitt mående på. Genom att till exempel skriva, rita, måla. Att använda färger för att uttrycka känslor och dess intensitet, hjälper en del patienter (ge en känsla en färg - Vasskala efter intensitet). Att använda olika kreativa verktyg som distraktion och ångesthantering beroende på patientens intresse kan få patienten att förstå sig själv bättre. Skulle önska mer tid för detta då det också är mer förebyggande och patienten lär sig att följa sitt mående. Kultur på recept skulle nog gynna många patienter för att bryta isolering och ensamhet.
- Psykiatriska mottagningen i Torsby bedriver ett aktivt utvecklingsarbete inom beroendevården och har etablerat möjligheter att ge stöd till patienter genom SPOT-teamet. Verksamheten har även lyckats rekrytera kompetent personal inom flera professioner, erbjuder en god arbetsmiljö och har ett mycket välfungerande samarbete med närliggande vårdgrannar. Det kan vara något lättare att åstadkomma en positiv utveckling vid mindre mottagningar i glesbygd.
- Psykakuten tillgänglig dygnet runt
- Relativt korta väntetider på psykakuten
- Strukturerad bedömning på psykakuten
- Goda inläggningsmöjligheter, tillgängliga vårdplatser
- Erfaren personal inom psykiatriska slutenvården
- En av de mest tillgängliga bakjourerna i Sverige
- God läkarbemanning, minskat hyrberoende (slutenvården)
- Attraktiva tjänster inom alla yrkesprofessioner, fler söker sig till psykiatriska slutenvården

- Utbildningsårshjul för kompetenshöjande insatser (slutenvården)
- Stabil, erfaren överläkargrupp som underlättar för rekrytering av ST (slutenvården)
- God chefsbemanning (slutenvården)

Vad fungerar mindre bra?

- *Ex. instabilitet i chefleden, bristande kontinuitet*
- Avsaknad av medicinsk ledning inom Öppenvården VUP (d v s kunskapsstyrning med både psykologisk och medicinsk kunskap). Många enhetschefer som inte har psykiatrisk kunskap. Upprepade gånger verksamhetschefer som inte heller har medicinsk kunskap. Inget medicinskt ledningsstöd till enhetscheferna.
- Toppstyrning genom utskick av vårdrutiner som tar ut varandra och som lämnar alla medarbetare ensam med frågan hur man ska prioritera och hantera patienter med komplexa vårdbehov (VUP)
- Låg tillgång på psykologer inom VUP
- Finns bra idéer och försök till förändring med mycket implementeras aldrig, leder inte till varaktiga förbättringar. Vi tappar fart och fokus snabbt. Många misslyckade försök i bagaget.
- Oklart hur traumavården ska fungera framåt i VUP efter omorganiseringen.
- Bristfälliga lokaler på BUP
- Hela organisationen är byggt för att förvalta patienterna, inte för att göra dem friska/ försätta de i ett läge där dem kan hantera sina problem (VUP). Det finns ingen plan eller idé i organisationen hur patienten ska bli frisk/ stabilt nog för att remitteras ut igen.
- Flera patienter uppger att de inte känner sig sedda eller lyssnade på av läkare och viss avdelningspersonal (både slutenvård och öppenvård) på vuxenpsykiatri.
- Svårt att rekrytera och behålla arbetsterapeuter
- Brist på specialistläkare (behövs betydligt fler fasta)
- Långa väntetider till vissa behandlingar/utredningar. Har blivit bättre, men är fortfarande inte bra.
- Ibland bristande kontinuitet (mellan enheter/ när någon behandlare blir långtidssjuk/slutar/ olika punktinsatser från hyrläkare)
- Bristande resurser för att arbeta i team. Bland annat blir "medicinsjuksköterskor" alldeles för ofta ensamma i ärenden där det behövs annat än medicin. Hyrläkare som är på plats tillfälligt bör inte träffa patienter utan närvarande annan behandlare
- Ibland för låg kompetens /vana att göra kvalificerade bedömningar.
- Svårt att avsluta ärenden, "göra vår del". I detta ingår också att göra fortlöpande prioriteringar.
- Riktigt svårt att samarbeta med vissa skolor och socialtjänster.

- Låg kompetens kring missbruk, grov kriminalitet, farlighetsbedömningar etc.
- Vi lägger ohyggliga resurser på kartläggningar, bedömningar, utredningar och har för lite resurser för behandling (VUP)
- Bristande kontinuitet. Den som gör en BDB får mycket kunskap om patienten – men sedan fortsätter den inte kontakten. Patient träffar hela tiden olika personer och vården är helt snuttifierat. (VUP)
- Otydlighet i kontakten mellan olika team och mottagningar
- Otydlighet vad som innefattas i det habiliterande uppdraget.
- Svårt att tidsbestämma insatser. Insatserna blir således långa och drar ut på tiden.
- För lite fokus på familj/miljö och för mycket fokus på barnet/ungdomen.
- Dåliga lokaler som ser väldigt tråkiga ut.
- Krävande kommunikationsvägar, kommunikationen sker på för många sätt (teams, mail, Cosmic etc.)
- Inget bra system för självskattningsformulär digitalt.
- Dåligt samarbete mellan slutenvård (vuxenpsykiatri)
- Olika åsikter och olika bedömning av behov mellan slutenvård (vuxenpsykiatri)
- Dåligt bemötande av patienter med självskadeproblematik på psykakuten/slutenvården. Uppfostrande attityd och bristfällig kunskap (VUP)
- Patienter med självskadeproblematik uppger dåligt bemötande på somatiska akutmottagningen, då patienten tillfogat sig egen skada, exempelvis. skurit sig. Patienten har då inte fått bedövning när den sys ihop för att man har bedömt att patienten inte känner något. Bristande kunskap och dömande attityd.
- Bristande
- Beroendevården mer eller mindre obefintlig
- Ointresse och okunskap gällande missbruk och beroende inom slutenvård (vuxen) där våra patienter inte sällan har flera diagnoser/besvär.
- Nationellt högst förskrivning av antidepressiva läkemedel
- Dålig tillgång till icke-farmakologisk behandling (hänger ihop med ovan) - långa kötider
- En konsekvens av dålig tillgång till icke-farmakologisk behandling är att psykoterapi aldrig blir ett rimligt förstahandsval för patienter som oftast upplever ett akut hjälpbehov när de kommer till oss. Psykoterapi blir därför aldrig förstahandsval även när det är uppenbart att det borde vara det, till exempel vid personlighetssyndrom.
- Vill understryka brist på terapi-resurs som ofta leder till onödig farmakologisk behandling (VUP)
- Dålig kontinuitet i läkarkontakt: bristfällig uppföljning läkemedel - ingen ordentlig utvärdering görs, alla sätta in något (VUP)

- “Läkare som konsult”-modell: andra personalgrupper “bedömer” att det behövs läkemedel/ sjukintyg. I och med läkarna bara gör punktinsatser är det svårt att göra en ordentlig bedömning och gå emot en felaktig förväntning (VUP)
- Polyfarmacy som gör patienterna passiva och sjukare (VUP)
- Homogen arbetsgrupp med brist på (lätt tillgång till) fysioterapeuter, dietister, arbetsterapeuter, kuratorer, i vissa fall psykologer
- Långa köer för uppstart av vissa behandlingar inom BUP, t.ex. depression och ångest.
- För stort fokus på medicinsk och terapeutisk behandling. För lite fokus på psykosociala insatser.
- Långa köer för neuropsykiatrisk utredning och många externa utredningar. Dessa ger numera nästan alltid någon neuropsykiatrisk diagnos vilket troligen bidrar till överdiagnostik.
- Externa utredningar (vuxen) gör inte heller samma breda utredning som internt, tex överväger personlighetssyndrom.
- För låg ribba in till specialistspsykiatri. Ett tydligt exempel är recidiverande måttlig depression som i Värmland är vårt uppdrag men så vitt jag förstår inte är det i resten av landets regioner.
- Knapig gräns mot habiliteringen vad gäller autism. Vi utreder, får god kännedom om patienten och patienten knyter an till oss. Sedan ska patienten, som per definition har svårt med förändring, byta till HAB. När hen sedan mår dåligt ska hen åter till oss. Vore bättre för patienten om autism utan samtidig IF sköttes av oss (om vi får motsvarande resurs förstås). (+1 på den frågan som jobbat inom vuxenhabiliteringen. Autism nivå 1 är också deras absolut största målgrupp)
- Dålig kunskap om anknytning och hur stress/ trauma försämrar möjligheten att utveckla relationsfärdigheter
- Ingen kontinuitet gällande avdelningsläkare (VUP) vilket leder till bristande uppföljning och ändrade planer.
- Olika inställning hos de olika läkarna, olika bemötande och olika åsikter om vårdtid, behandling mm.
- “Fel” patienter på fel avdelning. Psykosavdelning bör ej ha förstärkningspatienter. Olika arbetssätt på avdelningarna med olika inriktning och ett klimat på psykosavdelningen som inte gynnar förstärkningspatienten. Förstärkningspatienten får inte rätt vård på psykosavdelning.
- Bakjour ej på plats och kommer ej in vid påringning trots att personal ber om det (VUP)
- Somatiskt försämrade patienter får vänta för länge på bedömning av jourläkare (VUP)
- Personal vågar inte skriva avvikelser eller framföra “klagomål” då de känner att läkare kan ta kritik personligt och sedan bemöta personalen illa efter det.

- I Värmland definieras personlighetssyndrom/störning som “inte egentliga psykiska sjukdomar som måste behandlas” vilket speglar en märklig syn på psykiatri. I flertalet andra regioner finns vårdprogram för denna patientgrupp och både måttlig och svår personlighetsstörning ses som självklara grupper för specialistpsykiatri. Här finns de patienter som har bland den högsta självmordsrisken inom psykiatri bland annat. Enligt gränssnittsdokumentet mot primärvården ska psykiatri inte behandla personlighetsstörningen utan bara patientens eventuella samtidiga psykiska ohälsa vilket är minst sagt märkligt.
- Involvera närstående i vården (VUP)
- Närståendebildning bristfällig (VUP)
- Relativt stor personalomsättning (bup) - tar energi från verksamheten att anställa och lära upp nya
- För många utbildade personal tas in som vikarier (skötare) som saknar basala sjukvårdande kunskaper och jobbar istället för utbildad personal. De saknar många gånger förståelse och intresse för patienterna. Detta skapar otrygghet för både patienter och utbildad/erfaren personal. Det medför en ökad stressfaktor för övrig personal, många gånger dubbelarbete då vikarien inte alltid kan arbetsuppgiften/uppgifterna och annan personal får ta över och göra klart. Större risk för felbedömningar och vårdskador = dålig patientsäkerhet.
- Vi lär oss inte av våra misstag. Utvärdering av omorganisationer och förändringar görs i för liten utsträckning. Med nya chefer glöms en del. Dåligt organisatoriskt minne. (Bup)
- Svårt att räkna till för det habiliterande uppdraget. När det är resursbrist kommer det alltid finnas annat som är mer prioriterat (bup).
- Få fasta läkare, särskilt specialistläkare. Stort beroende av hyrläkare skapar brist på kontinuitet både för patienter och personal (bup)
- Svår övergång för många när man remitteras till vuxenpsykiatri mitt i gymnasiet
- För lite kunskap hos personal om autism (Bup)
- Hopplöshetskänsla för att skriva avvikelser AHA att det inte leder till något (Bup +Vup)
- Rädsla för repressalier om man skriver avvikelser (Bup)
- Få avvikelser lämnar huset och granskas av utomstående (Bup)
- För lite fortbildning (Bup+vup)
- Verksamheten tar ej tillvara kompetens hos personal med lång erfarenhet, ex över 20–30 års yrkeserfarenhet (Bup), samma på vuxenpsykiatri.
- Osynliga chefer (Bup)
- Långsam och oklar hantering i patientärenden mellan olika verksamheter till exempel BUH och BUP.
- Logoped resurs maktar inte med inflödet på Bup
- För lite eller ingen handledning alls till vissa yrkesgrupper (Bup)

- Otydliga arbetsbeskrivningar (Bup)
- Startas många nya grupper eller arbetssätt men är allt för sällan dessa utvärderas (Bup+Vup)
- För lite fokus på en god arbetsmiljö. Ansvar läggs ofta på personalen "vi behöver hjälpas åt att träffa fler", när alla redan gör så mycket de kan (bup)
- Region övergripande specialiserad beroendevård saknas.
- Kompetensbrist inom beroendevård på alla nivåer.
- Ingen specificerad akut sluten beroendevård.
- Saknas specialistpsykologer och PLS/PLA (Karlstad ÖV)
- Svårt att ha samsyn kring prioritering av patienter vid samverkan mellan olika mottagningar på BUP.
- Ingen möjlighet till kompetensutveckling trots att personalen efterfrågar det (BUP)
- Patienter skrivs ut för tidigt (framför allt psykos), slutenvården bild av "förbättrad och fungerande" skiljer sig ofta mot öppenvården kommunens uppfattning och vad som krävs för att fungera i samhället. Många patienter skrivs ofta ut för tidigt och återinläggs senare. Finns inte utrymme för återhämtning, utan utskrivning skrev direkt när den akuta fasen är över
- Avsaknad av dagvård/mellanvårdsplatser/ större utrymme till utsluss. Möjlighet till permission har också blivit sämre efter nya regler för att vården inte står för sjukresa under vårdtiden i samma utsträckning. Patienter saknar både motivation och medel att bekosta transporter.
- Dålig samsyn med kommunerna i samverkan.
- Dålig följsamhet till utskrivningsprocessen (riktlinjer mellan Region och samtliga kommuner).
- Mycket extraarbete för sjuksköterska då läkare ej planerar utskrivning i tid, apodos etc. och mycket läkemedel behöver skickas med i onödan pga. dålig planering.
- Dålig attityd mot vissa patientgrupper (i alla led) gör att dessa får sämre vård.
- Ibland svårt att hitta rutiner i Vida
- Dåligt samarbete med somatiska avdelningar, mycket insatser och utredande åtgärder görs på psykiatri pga. att somatiska vården ej tar över patienter. Det är inte patientsäkert. Finns också en hopplöshet i att ens försöka få patienterna överflyttade "de kommer ändå säga nej".
- Vid flertal tillfällen upplevt att somatiken inte har kunskap om psykiatri och att de har en dålig attityd till psykiatri. Så fort det står någonting (i patientens journal) att patienten har ångest, beroende eller annan kontakt med psykiatri hänvisas/skickas patienten alltid till psykiatri även om de söker för somatiska åkommor. Även personal hånas ibland då de inte tycker vi "kan" saker som de tycker att vi borde kunna - trots att det förekommer väldigt sällan i psykiatri. Det

är både ledsamt och kränkande att de ifrågasätter vår kompetens, samtidigt som de ibland är ovilliga att hjälpa patienten.

- Stort glapp mellan öppen och slutenvården. Patienterna betalar priset, kommunerna får kompensera med insatser för detta glapp.
- Vi saknar samsyn med socialtjänst om att arbeta utifrån de olika vårdförloppen (ex schizofreni).
- Att aktivera patienterna inliggande, erbjuds olika aktiviteter med lågt deltagande. Oklart varför (hög arbetsbelastning för personal, engagemang saknas, information när inte fram?).
- Svårigheter att aktivera inliggande patienter (som inte kan/får) gå ut själva beror ofta på personalbrist då det saknas personal och vi ej kan lämna avd. Även hög arbetsbelastning då avd.-arbete prioriteras. Ibland svårigheter att motivera patienten till aktiviteter då patienten mår alltför dåligt. Olika åldrar och olika intressen hos patienterna gör att vissa patienter inte är intresserade av aktiviteterna som erbjuds och tackar nej, fast personalen försöker motivera till aktivitet.
- För lite fokus på samsjuklighet - för mycket fokus på diagnosspecifika insatser, leder till stuprör och att patienten inte får sammanhållen vård utifrån samsjuklighet
- En arbetsmiljö som är påfrestande - svårt att få det hållbart långsiktigt. Komplexa ärenden, hög arbetsbelastning, rörlighet i organisationen, bristande stöd gör det svårt att navigera - särskilt som ny. Stor risk för personalomsättning eller sjukskrivningar (bup)
- Patienter är ofta rädda/oroliga inför läkarsamtal, rädda för att inte komma ihåg vad de ska säga/uttrycka sig/be om. Att inte bli tagen på allvar, rädd att bli "överkörd", att deras problem/mående inte är tillräckligt för att få vård/stanna (på avd.) eftersom patienten ofta känner sig underlägsen läkaren. Patienten har ofta bristande självkänsla och självförtroende för att "stå på sig" om sitt mående och svårigheter att be om hjälp. Vuxenpsykiatri - slutenvård och öppenvård.
- Enligt min erfarenhet är många av de psykiatriska patienterna introverta, vilket innebär att de ofta har svårt att be om hjälp, att tala om hur de mår och även visa hur de mår, vilket gör det svårare att be om hjälpen de behöver. Många av dem har tidigare trauma (trasig uppväxt, mobbing, sjuka eller missbrukande föräldrar, fysiskt, psykiskt, sexuellt våld) som gjort dem nedtryckta och sårbara, de har sällan haft någon de känt förtroende för eller vågat berätta sin historia av rädsla för att återigen bli avvisade, de vill inte vara till besvär. Många av dem har även flera diagnoser vilket gör det svårt att uttrycka sig, både känslomässigt och muntligt. Dessa patienter känner sig ofta avvisade och missförstådda och hamnar oftare "mellan stolarna". Vuxenpsykiatri - slutenvård och öppenvård.

- Mycket ofullständig/otydlig patientinformation som skickas runt eller skickas vidare i organisationen och ska tolkas och bedömas/tolkas av någon annan. Tar mycket tid, skapar förvirring.
- Ibland saknas medicinsk prioritering
- Ojämlig vård - vissa får mycket stöd och hjälp andra får inget alls på oklara grunder.
- Svårt att genomföra förändringar på verksamhetsövergripande nivå
- Det finns ett glapp mellan medarbetarna syn på problematiken och vad som är viktigt i verksamheten och vad ledningen ser är viktigt, vi pratar olika språk.
- Ont om lokaler, inte tillräckligt med expeditioner för utbildningsläkare, läkarkandidater, sjuksköterskestudenter, kuratorer m.m. Högre krav på utbildningarna ställer högre krav på lokaler och handledare i verksamheten (slutenvården)
- Begränsade möjligheter till aktivering av patienter (slutenvården)
- Psykiatriska slutenvården trängs undan och måste lämna över lokaler till förfogande för andra verksamheter (BUP, rättspsykiatri)
- Vi behöver prioritera vilka verksamheter som måste finnas i hus 1 (Psykiatrihuset) - vilka verksamheter kan ha lokaler någon annanstans
- Avsaknad av beroendeavdelning/platser
- Psykogeriatrisk kompetens (slutenvården)
- Avsaknad av psykogeriatrisk avdelning/platser
- Utveckla ätstörningsvården med fler vårdformer
- Behov av psykologkompetens, fysioterapeutkompetens, diest inom psykiatriska slutenvården
- Utveckla hjärnstimuleringsbehandlingar så som rTMS, Ketamin och ECT (slutenvården)

Vad har vi styrkor?

- *Ex. erfarna medarbetare med lång erfarenhet av Värmlands specialistpsykiatri.*
- God vilja till samarbete mellan BUP och skola
- En stark vilja att hjälpa patienterna och göra det bästa för dem. Finns i personalgruppen ett stort engagemang.
- Bred kompetens och erfarenhet
- En arbetsmiljö som gör det möjligt att utvecklas personligen och professionellt.
- Bra fokus på vidareutbildning och kompetensutveckling.
- Engagerade medarbetare – vi hjälps åt och stöttar varandra (bup)
- Flera psykologer får gå specialistutbildning (BUP)
- Tar emot många psykologkandidater och PTP-psykologer (bup)
- Att ha allmänpsykiatriska mottagningar på vuxensidan, kommer bli mer jämlik och sammanhållen vård. Bara det får sätta sig ordentligt.

- Finns en vilja och mod att utvecklas och förbättra verksamheten (BUP)
- Slutenvården arbetar mycket med samverkan och försöka säkerställa att rött stöd finns på plats för patienten vid hemgång.
- Personal är flexibla och får ofta möjlighet att gå utanför uppdraget om det är vad som är bäst för patienten (exempelvis åka på hembesök under vårdtiden, personal kör till nytt boende etc).
- Värmland är en region som har en lång och rik historia med kultur. Enligt forskning så har kultur – musik, sång, dans, dramatik/teater, bildkonst, konst av olika slag och naturupplevelser stor påverkan på psyket vilket bland annat avleder negativa stimuli, bryter negativa tankemönster, styr andning och hjärtslag och lindrar smärta. På bibliotek i Värmland finns nu möjligheter att låna inträdesbiljetter till bl.a. museum, konserter, teater m.m. Kanske "kultur på recept" skulle "våra" patienter vara till gagn? Flera andra regioner använder med fördel kulturen i vården på ett bra sätt.
- Vi har stor kompetens i psykiatrihuset inom flera olika områden som skulle kunna tas tillvara, både somatiskt, psykiatriskt och egna intressen som musik, gymnastik, träning, dans, måleri, konst m.m. Vi skulle kunna använda dessa kunskaper för både personalinriktade och patientinriktade workshops, som ökar intresse och kompetens hos både patienter och personal.
- Massor med bra personer i vår verksamhet, engagerade och kompetenta (Varierar så klart från person till person, men huvudsakligen bra! Flera har annan erfarenhet än BUP, vilket är bra, men långvarig BUP-erfarenhet behövs också)
- Bra ledning!
- Vetenskaplig koppling till universitet
- Vi har en bra mellanvård (både II och ÅST), som saknas i flera andra regioner.
- Kompetens att ta hand om "hela vårdkedjan (ända till heldygnsvård med LPT)
- Omhändertagandet av depressionspatienter

Vilka utmaningar finns?

- *Ex. Värmlands geografi*
- Population- vi blir äldre och sjukare
- Stärka möjligheterna till egenvård
- Få ST-läkarna att stanna kvar som specialister
- Komplexa patienter som är somatiskt multisjuka men i behov av slutenvård psykiatrisk vård (kan ej vårdas inom somatiska vården) men som egentligen är för somatiskt sjuka för att vårdas säkert på psykiatrisk avdelning då vi har både annan kompetens/vana och utrustning.
- Ibland oklar inläggningsorsak, "barmhärtighetsinläggningar" då patienten nekats vård inom somatisk vård eller ett det är en dålig tid på dygnet att skicka hem patienten. Oklart vad som vårdas och vem som ska följa upp vården efter utskrivning.
- Svårigheter att samarbeta med andra enheter inom slutenvården.
- Intentionen med verksamhetens överensstämmar inte alltid med utfallet exempelvis CTI
- Otydligt definierat uppdrag (vad är specialistpsykiatri?)
- Skapa bättre förutsättningar för psykologisk/terapeutisk behandling.

- Dålig löneutveckling jämfört med arbete inom kommunen- kan locka bort kompetent personal.
- Problem med personal usk/skötare, ssk som inte gör sitt jobb, tar ej ansvar eller är ointresserade av jobbet – finns både vikarier och fast anställda. Det skapar en dålig stämning, gruppbildningar i arbetsgruppen och ojämn arbetsfördelning och missnöje, vilket ibland leder till att kompetent personal slutar. Patienterna blir lidande, de känner sig som en belastning och vågar inte alltid be om hjälp. Patienter har uppgett att vissa personal inte hälsar på patienten när den sitter ute på avdelningen, vilket inte får hända, det är ju kompetent psykiatrisk vård vi ska bedriva där patienten är i fokus.
- Tillgång till ändamålsenliga lokaler.
- Hitta budget till kompetensutveckling.
- Vid utskrivning och utskrivningsplanering: olika kommuner erbjuder olika insatser, svårigheter att tillgodose patientens behov av stöd och hjälp vid utskrivning då det skiljer sig mellan kommunerna vem som ska utföra vad.
- Svårighet att fördela personal/bemannan då många personal på förstämning inte vill/vågar komma till psykosavdelning. Personal på psykosavdelning kan alltid flyttas.
- Saknas ett "lönetillägg" eller liknande för psykospersonalen som får ta hand om hot och våld samt stärka upp på andra avdelningar som inte personal på förstämning gör.
- Tidigare (80–90-tal?) fanns "risktillägg" i lönen för arbete i psykiatri för att locka/behålla personal? Kanske kan detta återinföras?
- Svårt att få kuratorer med "steg 1"-utbildning (bup)
- Dålig lön i jämförelse med andra verksamheter, tex primärvård, och ännu mer i jämförelse med kommun, statligt eller privat.
- Lång resväg för många patienter på BUP – ingen filial i norra Värmland. Det skapar ojämlig vård.
- För lite utrymme och kunskap i att se vinster med att arbeta förebyggande (Bup)
- Även i vuxenpsykiatri finns för litet utrymme och få möjligheter/resurser och för lite tid (på avd.) att jobba förebyggande och hjälpa patienterna att hitta "egna verktyg" för att hantera sin ångest/sitt dåliga mående och stötta patienten i att hitta sina egna resurser och sätt att uttrycka sig – som en del i personcentrerad vård och hitta egna resurser. Vuxenpsykiatri - slutenvården.
- Patienter upplever inte att de får någon hjälp med ångesthantering (framförallt praktiska tips) i öppenvård (vuxenpsykiatri), många har haft kontakt i flera år utan att få hjälp med detta och kommer sedan till slutenvården då måendet försämrats avsevärt. Om patienten hade fått hjälp med ångesthanteringen så hade den kanske inte behövt vårdas akut i slutenvården.
- Långa köer för traumabehandling, vilket ökar ångest och suicidrisk hos patienten = fler akutinläggningar.
- Brister i logistik i neuropsykiatriska teamet. Flera arbetar 50% i teamet vilket försvårar teamarbete och konsekvensen blir långsam utredningstakt (Bup)
- Bristfälliga lokaler, slitna, lyhörda kontor och för få samtalsrum (Bup)
- Att behålla kompetenta kuratorer (Bup)
- För många okunniga hyrläkare på Bup. Stor stress för övrig personal.
- Att minska antal patienter med problematisk skolfrånvaro

- Bristande intresse för beroendevård.
- Saknas tydliga incitament (lön, förmåner) för att rekrytera kompetens att flytta till Värmland
- Bemanning - sjuksköterskor "flyr" - mycket ensamarbete, främst på kvällar, det innebär stort ansvar för en hel avd. 12-14 patienter som kanske både är somatiskt sjuka och har stora vårdbehov, samt patienter med mkt ångest och suicidtankar, vilket skapar mycket stress. Patientsäkerheten äventyras och det finns risk för vårdskada och felbedömningar. Flera sjuksköterska slutar på grund av missnöje och hög stressfaktor, de söker sig istället till andra enheter eller till bland annat bemanningsföretag som betalar bättre lön. Detta leder till sjuksköterskebrist och kompetensbrist samt dålig arbetsmiljö. Schemaförändringar och att öka sjukskötersketätheten vid varje arbetspass skulle göra arbetsmiljön mer dräglig och säker, samt mindre stress. Vuxenpsykiatri - slutenvården.
- Integrering av beroendeterapi personal med/i sjukvården.
- Otydlighet i politiska beslut
- Ge lika beroendevård i hela regionen pga. geografi, offentliga kommunikationer.
- Primärvårdens uppdrag har ökat och bör öka ytterligare gällande psykisk ohälsa men där erbjuds nästintill obefintlig möjlighet till kompetensutveckling och utbildning för att kunna möta bredden i uppdraget. Vilken leder till remiss till psykiatri pga. brister i kompetens.
- Inflödet av neuropsykiatriska-remitter/utredningar/insatser inom vuxenpsykiatri tar enorma resurser. Finns inga tydliga direktiv för vart gränser går för funktionedsättning och vid vilken nivå det är befogat att utreda neuropsykiatriska symtom, blir väldigt ojämnt beroende på vem som då gör BDB/bedömningen. Bristande samarbete mellan psykiatri och primärvård.
- Brist på överläkare inom BUP.
- Hierarki, läkare styr vården och "beställer" vad övrig personal ska göra. Man äger inte sin egen profession utan blir ifrågasatt om man har annan uppfattning kring ex behandlingsplan eller annat. Vissa läkare beställer att personalen ska göra specifika insatser, hur och när, och det blir dålig stämning om man inte håller med, eller levererar.
- Psykiatri har dåligt rykte bland invånare, och många patienter som haft kontakt upplever lågt förtroende för vården
- Flera patienter uppger missnöje med psykiatrivården, "ingen idé att söka vård för man får ju ändå ingen hjälp".
- Flera patienter uppger också dålig kontinuitet i öppenvård (vuxenpsykiatri) då de träffar olika läkare varje gång och varje läkare gör en egen bedömning gällande medicinering och behandling, likaså upplever patienten inget samarbete mellan slutenvårdens läkare och öppenvårdens läkare när patienten är inlagd.
- Lokalbrist, inte ens säkert man har ett eget kontor utan får hoppa runt där det är ledigt för dagen
- Mycket motstånd i att implementera nya arbetssätt
- Många patienter som får en diagnos för "lätt", som utreds externt av vinstdrivande bolag pga. att inflödet inte hinns med på Bup.

- Svårt att vara konsekvent i rätt vårdnivå (Bup vs första linjen) och hålla fast i den linjen över tid vilket resulterar att vi har många barn som står på en väntelista som kanske inte skulle behöva det.
- Bristfällig utveckling av rehabiliteringsprocessen.
- Bristfällig vård för äldre patienter – det saknas specialister för äldrepsykiatri.
- För mycket fluktuation i chefsgruppen – hur kan vi utbilda och behålla chefer?
- Det saknas implementeringen och utvecklingen av specialistpsykiologtjänster som är ett sätt att kunna rekrytera och behålla psykologkompetens.
- Vi behöver utveckla mer forskning inom psykiatri för att kunna säkerställa evidensbaserad, säker vård och kunskapsutvecklingen.
- Ohållbart arbetsklimat
- Psykiatri som arbetsgivare – dels att man tappar personal, dels dåligt rykte.
- Vårdskolan utbildar för få (kompetenta, engagerade) undersköterskor/skötare (både gymnasieutbildning och vuxenutbildning) eftersom utbildningen inte är tillräckligt attraktiv, av de som fullföljer utbildningen (ibland mindre än 50%) fortsätter bara några få att jobba i vården. Om det inte längre krävs utbildad personal medför det att vi får dåligt utbildad personal och bristande kompetens som medför sämre vårdkvalité.
- Låg intagningspoäng på vårdutbildningarna (= alla kommer in) medför att man söker utbildningen för att man inte kommer in någon annanstans, inte för att man har intresse för vård. Flera av dem som slutför utbildningen har inte intresse för vården, vilket gör att de inte tar ansvar för sina arbetsuppgifter och vården av patienterna blir lidande. Att personal inte gör sitt jobb medför längre vårdtider då annan personal måste göra deras jobb, plus sitt eget. Högre arbetsbelastning för den personalen som får jobba mer, även större risk för gruppbildningar och osämja i arbetsgruppen, vilket riskerar sjukskrivningar och personalbrist. Detta är säkerligen ett nationellt problem som finns i hela landet.
- Genom att höja intagningskraven på vårdutbildningen t.ex. genom personligt brev och intervjuer där den sökande får svara på varför den är intresserad av vårdutbildningen (folkhögskolor har krav på personligt brev i ansökan och gör även intervjuer med de sökande, även då kurserna bara är 6 månader till ett år). Utbildningen blir då mer attraktiv och vi får dem som faktiskt vill jobba i vården och har intresse och engagemang, vilket medför en bättre kompetent vårdpersonal. Vi får också bort de som inte vill eller inte passar att jobba i vården, vilket är en stor andel i vården just nu, i alla verksamheter och medför stora kostnader i vården.
- Om vi inte börjar med bra kompetens, intresse och engagemang "på golvet" d.v.s. usk/skötare och ssk så spelar det ingen roll hur bra chefer och planering det finns uppåt om inte den sjukvårdande/basala kompetensen finns närmast patienten.
- Psycho-education och ESL gör att patienten förstår mer om sig själv och dess mående. Patienten blir då mer engagerad och delaktig i sin egen vård och kan ta större ansvar för sitt mående, vilket på sikt, kanske medför färre akuta inläggningar och patienten mår bättre längre.
- Återinföra dagvård (inte nödvändigt att den finns på sjukhuset, kanske tillhöra öppenvården?) Framförallt för eips-patienter och patienter med ökad suicidrisk. Psychoeducation, aktivering och stärka självförtroende/självkänsla så att patienten blir bättre rustad och kan ta större ansvar för sig själv.
- Läkarbemanning, inkl. att få våra ST-läkare att vilja vara kvar som specialister

- Många enheter inom verksamheten, behöver både rätt bemanning, rätt uppdrag, bra flöde mellan sig och rätt kompetens
- Första linjen, skolhälsovård mm behöver mer resurser – och ev. ett utökat uppdrag
- Svårt att kombinera /fläta ihop akut och planerad verksamhet
- Placerade barn (HVB, SIS, familjehem), barn där det finns stora omsorgsbrister och socialtjänstens åtgärder inte räcker
- Öka kunskap om digitala behandlingsmetoder
- Få acceptans för att vi är en kunskapsbaserad organisation, behöver kontinuerlig fortbildning. Fortbildningsplan för alla?
- Vård erbjuds i stuprör, utmaningen är att samordna och se till hela patientens psykiatriska vårdbehov.

Remissversion