

Bilaga – Synpunkter på specialistpsykiatri: övrig hälso- och sjukvård, folktandvård

Innehåll

Sammanfattning av enkätsvar	2
Övergripande gemensamma mönster (BUP och VUP)	3
BUP (barn- och ungdomspsykiatri)	3
Vad fungerar bra (nuläge)	3
Vad fungerar mindre bra (nuvarande utmaningar)	3
Önskat framåt (behov från verksamheterna)	4
VUP (vuxenpsykiatri)	4
Vad fungerar bra (nuläge)	4
Vad fungerar mindre bra (nuvarande utmaningar)	4
Önskat framåt (behov från verksamheterna)	5
Underlag enkätsvar	7
Vad fungerar bra i samarbetet med BUP?	7
Vad fungerar bra i samarbetet med VUP?	7
Vad fungerar mindre bra i samarbetet med BUP?	8
Vad fungerar mindre bra i samarbetet med VUP?	9
Vad skulle ni önska av oss i specialistpsykiatri för att underlätta vården av våra verksamhetsöverskridande patienter?	11
Har du några andra medskick i arbetet framåt?	12

Inledning

Utvecklingsteamet har informerat hälso- och sjukvårdsledningen och vårdvalsrådet om uppdraget att, i bred samverkan, arbeta fram en fördjupad utvecklingsplan för specialistpsykiatri.

Utvecklingsteamet bad områdescheferna om stöd i att sprida information om uppdraget och i att uppmana samtliga verksamheter att besvara en enkät. Syftet var att få in så många synpunkter som möjligt i arbetet med att utveckla framtidens specialistpsykiatri.

Utvecklingsteamet bad även vårdvalsrådet att påminna samtliga vårdcentraler att besvara enkäten, eftersom endast ett svar hade inkommit vid informationstillfället.

Utöver enkätinsamlingen genomförde utvecklingsteamet en workshop med representanter från 1177, ambulanssjukvården och Polismyndigheten. Underlaget från workshopen ingår i detta dokument.

Under våren kom 16 enkätsvar in från AnOpIVA Karlstad och Arvika, Ambulanssjukvården, 1177 och SvLc, hudsjukvården, regionservice, neurologi- och rehabiliteringskliniken, akutkliniken Karlstad, Läkemedelscentrum, Bild och Funktionsdiagnostik, Hjärt- och akutmedicinkliniken, Vårdcentralsområde Södra Karlstad, Barn- och ungdomsmedicin, Habiliteringen, Kvinnosjukvården, Hälsa och rehabilitering, vårdcentral, Värmlands läns vårdförbund.

Synpunktsinhämtningen har skett genom enkätutskick med följande frågor:

- Vad fungerar bra i samarbetet med barn- och ungdomspsykiatri (BUP)?
- Vad fungerar bra i samarbetet med vuxenpsykiatri?
- Vad fungerar mindre bra i samarbetet med barn- och ungdomspsykiatri (BUP)?
- Vad fungerar mindre bra i samarbetet med vuxenpsykiatri?
- Har du några andra medskick i arbetet framåt?

Sammanfattning av enkätsvar

Underlaget har sammanställts med stöd av Copilot den 26 maj 2026.

Prompt: Sammanfatta det viktigaste under respektive rubrik utifrån från nuvarande utmaningar och vad som önskas framgent både från BUP och VUP. Utgå endast från det bifogade dokumentet.

Övergripande gemensamma mönster (BUP och VUP)

Huvudutmaningar

- Otydliga gränssnitt och ansvar.
- Bristande tillgänglighet och långa väntetider.
- Svag samverkan i delar av vårdkedjan.
- Remissproblem och kommunikationsbrister.
- Patienter som faller mellan stolarna.

Gemensamt önskat läge

- Tydligare roller, ansvar och vårdnivåer.
- Enklare kontaktvägar och förbättrad dialog.
- Mer strukturerad och kontinuerlig samverkan.
- Gemensamt ansvar för patientflöden.
- Kortare väntetider och bättre tillgänglighet.

BUP (barn- och ungdomspsykiatri)

Vad fungerar bra (nuläge)

- Generellt begränsat samarbete, många verksamheter har liten eller ingen kontakt.
- Där samverkan finns fungerar:
 - Samverkansmöten och forum fungerar bra, exempelvis med habilitering.
 - Dialog och förståelse för uppdraget finns i vissa strukturer.
 - Gemensamma aktiviteter, till exempel utbildningar och planeringsdagar.

Vad fungerar mindre bra (nuvarande utmaningar)

- **Otydlig ansvarsfördelning och vårdnivå**
 - Oklarheter kring vad som är BUP, första linjen eller elevhälsa.
 - Barn riskerar att falla mellan stolarna.
- **Remissproblem**
 - Otydliga remisser och brist på tydlig frågeställning.
 - Remisser avvisas utan tydlig hänvisning.
- **Tillgänglighet och köer**
 - Långa väntetider påverkar barn, familjer och skolgång negativt.
- **Gränsdragningar mot andra verksamheter**
 - Otydlighet mellan BUP, habilitering och andra aktörer.
- **Övergångar i vårdkedjan**
 - Brister särskilt vid övergång från HVB till öppenvård.

Önskat framåt (behov från verksamheterna)

- **Tydligare uppdrag och gränssnitt**
 - Klarare ansvar mellan BUP, första linjen och andra aktörer.
- **Bättre remisshantering**
 - Tydligare kriterier och dialog istället för avslag.
- **Kortare väntetider**
 - För att minska negativa konsekvenser för barn och familjer.
- **Strukturerad samverkan**
 - Fler gemensamma forum och kontinuerliga möten.
- **Sömlösa vårdövergångar**
 - Särskilt mellan slutenvård, öppenvård och externa aktörer.

VUP (vuxenpsykiatri)

Vad fungerar bra (nuläge)

- Samarbete i akuta flöden, exempelvis överkoppling via 1177 och samarbete med ambulans.
- Blåljussamverkan och akut omhändertagande fungerar väl.
- Samverkansstrukturer och dialog på chefsnivå och i lokala forum.
- Samarbete kring specifika insatser, till exempel ECT, psykoedukation via 1177, SIP-möten.
- Förbättrat samarbete mellan behandlare i vissa delar.

Vad fungerar mindre bra (nuvarande utmaningar)

Tillgänglighet och kapacitet

- Långa väntetider till bedömning och behandling som leder till:
 - Belastning på primärvård och andra verksamheter
 - Fördröjd rehabilitering och behandling

Otydlig ansvarsfördelning

- Patienter hänvisas mellan verksamheter.
- Oenighet om vårdnivå och ansvar.

Brister i samverkan och rutiner

- Otydliga arbetssätt:
 - Vid hot/våld-situationer
 - Vid övertag i slutenvård, till exempel vid LVM och LPT.
- Bristande samsyn kring roller och ansvar.

Remiss- och kommunikationsproblem

- Avisade remisser utan dialog.
- Svårt att nå psykiatri via kontaktvägar.
- Dubbelarbete i utredningar.

Gränssnitt och patientgrupper

- Otydlighet mellan:
 - psykiatri och primärvård
 - psykiatri och habilitering (t.ex. autism, samsjuklighet)
- Patienter med komplexa behov faller mellan stolar.

Vårdövergångar och flöden

- Brister i:
 - Transporter och överflyttningar
 - Samordning mellan slutenvård och öppenvård

Önskat framåt (behov från verksamheterna)

Förbättrad tillgänglighet

- Kortare väntetider och snabbare bedömningar.
- Möjlighet till snabbspår för vissa patienter.

Tydligare samverkansstruktur med gemensamma

- rutiner
- arbetsätt
- vårdplaner.

Bättre kommunikation och kontaktvägar

- Enkla kontaktvägar och snabb återkoppling.
- Ökad möjlighet till konsultation mellan vårdgivare.

Gemensamt ansvar för patienten

- Undvika att patienter faller mellan verksamheter.
- Tydligare ansvar i komplexa ärenden.

Stärkt samarbete i hela vårdkedjan med

- primärvård
- kommun
- andra specialiteter

Utökade arbetssätt

- Psykiatriambulans och tidig psykiatrisk kompetens i vårdflöden
- Gemensamma patientgenomgångar och forum.

Remissversion

Underlag enkätsvar

Vad fungerar bra i samarbetet med BUP?

Ingen uppfattning, har ingen kontakt med BUP

Från ambulans, SvLc och 1177 har vi lite kontakt med BUP och har inget att kommentera.

Vi har inte mycket samarbete med BUP

--

Vi har ingen verksamhet riktad mot barn och unga och har därför ingen etablerad samverkan med BUP att utvärdera.

Vi har ett samarbete på patienthotellet kring ätstörningspatienter.

Vi har mycket lite samarbete. Våra kontakter är ffa för att bestämma sortiment i läkemedelsförrådet på inliggande samt läkemedelsbudget. I dessa båda fall är samarbetat bra.

Vi har idag inget samarbete, annat än inkommande remisser

Vet ej

De självklara fallen

Vi har sedan 2025 samverkansmöten med BUP för att ha dialog i frågor som rör våra gemensamma patienter samt våra förväntningar på varandra. Vi tror att det är en väg framåt för att förbättra samarbetet.

Vuxenhabiliteringen: Mycket som fungerar bra.

Barn och ungdomshabiliteringen: Bra samarbete, gemensamt samverkansmöte flera gånger per termin. Utbyte mellan verksamheterna gällande fortbildning. Gemensamt ansvar och dialog för den medicinska delen av centrum för tidiga insatser. Patienter från CTI har kunnat gå på öppna föreläsningar på BUP och vi har också kunnat samverka kring lokaler för patientutbildning och planeringsdagar. Styrgruppen är kvar för enheten CTI trots att centrumbildningen är borta. Bra att ha ett forum där samverkansfrågor kan lyftas.

Begränsade erfarenheter och behov.

Vi har en bra samverkansstruktur, bra förståelse för varandras uppdrag. Vi har bra dialoger om resurssättning mm.

Inte så mycket kontakt med dom

Vad fungerar bra i samarbetet med VUP?

Samarbetet kring ECT-verksamheten fungerar mycket bra.

Vi har allt mer samarbete med psykiatrien ffa. akut psykiatri. Vi har under senaste åren utvecklat nya arbetssätt tillsammans.

Sedan hösten -25 kan 1177 och SvLc efter att uteslutit ett akut ambulans behov koppla över psykiatri samtal till akut psykiatri för fortsatt handläggning. Vidare kan ambulansen vid behov hämta upp psykiatrisk kompetens som medföljer ut till patient. ST läkare från slutenvårds psykiatri har varit på alla ambulansstationer APT för verksamhets utbyte.

De gångerna som vi har haft behov av samarbete var samarbete med de, speciellt när det gäller patienter som hotar att de tar livet av sig. Finns rutiner som inte fungerar i verkligheten.

--

Bra samverkan på verksamhetschefs nivå, förståelse när vi haft några utmaningar på avdelningar.

Att vi nu har en samverkansgrupp mellan akutmottagningarna för att samarbeta bättre i framtiden.

Vi har samarbete ffa gällande sortiment i läkemedelsförråden för inläggande och läkemedelsbudget - bra samarbete.

Vi har idag inget samarbete, annat än inkommande remisser

Bra med återbesöken i öppenvården efter slutenvård hos oss

de självklara fallen utan någon typ komplexitet men olika behov från olika vårdgivare

Vuxenhabiliteringen: Att vi fått till en bra dialog och ett gott samarbete för att vuxenpsykiatri ska kunna erbjuda psykoedukation på grundläggande nivå via Stöd- och behandlingsplattformen på 1177. Tack vare att psykiatri erbjuder detta följer vi vår fastställda samverkansrutin.

Förhoppningsvis kommer detta bidra till att vi får remisser på de patienter som har behov av rehabilitering och inte som idag där vi får ta emot "alla med autism", där frågeställningen kan vara endast behov av psykoedukation (vilket enbart inte är rehabilitering).

Hör från behandlare att behandlare emellan har bättre samarbete idag än tidigare. Det är glädjande.

Barn och ungdomshabiliteringen: I vissa ärenden skrivs remiss över till vuxenpsykiatri för övertagande av det medicinska ansvaret. Upplever att det fungerat bra.

Psykolog till Konsidentitetsteamet, bra samarbete om patientgruppen. SIP-möte med samsjukliga patienter har blivit bättre.

Lokala positiva exempel som lyfts i verksamheten:

- Bra dialog i östra varmland för att resonera kring vem som gör vad. Kortare köer i östra.
- Representant från psykiatri i karlstad som ska komma till psykiatrogenheten för att ge information.
- Bra när det finns möjlighet att delta i forum. Bra när chef deltar i ex husmöten, underlättar att känna till varandra lokalt och ha möjlighet till dialog.
- Bra att se söker utbyte ex råd om musik- och bildterapi som de kan utföra i sin verksamhet.

Vi har en bra samverkansstruktur, bra förståelse för varandras uppdrag.

För akuta situationer finns det bra rutiner och arbetssätt, bla när polisen kommer med patienter. Bra samarbete med akutpsykiatri genom bl.a. flera samarbetsprojekt, ett exempel är när vi kan hämta upp psykiatripersonal och ta med till akuta händelser. ST-läkare som föreläste på APT i andra verksamheter bidrog till en ökad förståelse för varandras uppdrag och verksamheter.

Blåljussamverkan fungerar bra.

Kan ej uppge konkreta förslag

Vad fungerar mindre bra i samarbetet med BUP?

Ingen uppfattning, har ingen kontakt med BUP

Ingen synpunkt då vi har lite beröringspunkter.

vet ej

--

X

Ej relevant

Se ovan

vet ej

När vi inte har samma syn på vårdnivån, när det är kö och insatser i väntan på behandling

Det har vi dialog om i våra samverkansmöten. Översiktligt kan det handla om patientgrupper där vi inte är helt överens om vem som ska ansvara för patientens vård och där vi ser att barn och familjer faller mellan stolarna. Även patienter som har, utifrån psykiatrins prioriteringar, inte de svåraste symtomen/psykiatriska sjukligheten men där funktionsnedsättningen tydligt försvårar barnets möjlighet att tillgodogöra sig en somatisk vård. Mycket handlar även om förväntningar och att förstå - och respektera - varandras uppdrag. Det finns också ett behov av att tydliggöra vad som är första linjens uppdrag vs BUPs uppdrag, och även elevhälsans roll. Det är inte enkelt för en annan verksamhet att veta vad som ska till vilken vårdnivå, och där vet vi att arbete pågår.

Vuxenhabiliteringen: Ibland otydliga remisser som är skickade bara "för övertagande", ibland utifrån ett besök som skett långt tidigare eller inte alls. Skulle vara bra med tydligare frågeställning och beskrivning av habiliterande behov. Fler som vi tar över där det inte blir något. Ibland saknas samtycke från patient (bara samtycke från närstående).

Barn och ungdomshabiliteringen: Ibland otydliga remisser som inte tagits upp i samverkan. Fortfarande viss otydlighet kring hantering av medicinska frågor mellan CTI och BUP. Håller på att utvecklas. Behöver också förtydliga gränsdragningen mellan BUP och CTI.

Det finns en diskrepans mellan verksamheterna kopplat till barn som varit utsatta för ÖG där det pågår en Lex Maria där vi utreder dessa fall. Svårigheter med att remisser blir avvisade utan hänvisning till annan vårdnivå. Gränssnittet mellan BUP och Första linjen är otydligt.

Begränsade erfarenheter och behov.

Vi behöver förbättra arbetet i övergången från HVB-hem till öppenvård ihop med andra aktörer.

För långa köer. Barnen far illa av lång väntan och föräldrar som blir sjukskrivna pga ohållbar hemmasituation. Försenad utveckling i skolan för patienten och på sikt mindre chans till egen försörjning i vuxenlivet.

Vad fungerar mindre bra i samarbetet med VUP?

Samarbetet med Smärtcentrum har haft en del utmaningar där inbjudningar från Smärtcentrum i samband med gemensamma patienter avvisats.

Vi har en toppen relation med Johanna Carlsson avd. chef på akut psykiatrin, önskar att hon får bra stöd och backning från sin organisation.

svårt samarbete.

--

Vi ser att det finns ett tydligt behov av att stärka samarbetet i situationer där patienter uppvisar hotfullt eller våldsamt beteende på våra avdelningar. Hantering av dessa situationer är komplext och kräver en gemensam förståelse för roller, ansvar och arbetssätt. Idag upplever vi att denna samsyn inte alltid finns, vilket påverkar både arbetsmiljö och patientsäkerhet.

Vi behöver arbeta mer strukturerat tillsammans, exempelvis genom gemensamma genomgångar av händelser, tydligare rutiner samt dialog kring förväntningar. Målet är att säkerställa att rätt stöd ges i rätt tid och att vi har ett fungerande arbetssätt över verksamhetsgränserna.

Patienter i behov av somatisk bedömning skall inte överflyttas till akutmottagningen för bedömning när man är i psykiatrisk slutenvård. Vid kritiskt försämrad patient så behöver man använda samma larmkedja som övriga sjukhuset och inte "GÅ med patienten till akutmottagningen". Finns ett glapp i samband med att patienter med LPT beslutat fräsa medicinskt och ska överflyttas till psykiatrin. Transporten till psykiatrin skapar merarbete eftersom man inte är så snabba på att hämta/ta emot patienter.

Se ovan

Vid en del tillfällen är det svårigheter kring övertag i slutenvården speciellt i LVM och VAK frågor

När vi inte har samma syn på vårdnivån, när det är kö och insatser i väntan på behandling, tolkning av vårt samverkansavtal,

Vuxenhabiliteringen: Fortfarande en hållning inom psykiatrin att "Vuxenhab tar autism patienterna". Det är mycket av samsjuklighet och vi har inte medicinsk resurs och kompetens att hantera "allt". Vi behöver hålla oss till vårt uppdrag Habilitering. En svår gränsdragning vilka som behöver habiliterande insatser hos Vuxenhab och vilka som faktiskt ska hanteras inom psykiatrin utifrån sammanhållen vård. I många fall behöver vi samarbeta med psykiatrin, bidra med det vi kan, ex funktionsnedsättningen och anpassningar utifrån den. Vi behöver hitta bättre samverkansformer.

Barn och ungdomshabiliteringen: Inget som fungerar mindre bra.

Patienter med traumatisk-problematik hamnar mellan stolarna. Gränssnittet mellan primärvård och VUP är ottydligt.

Primärvårdsrehabilitering:

Långa väntetider till bedömning och behandling. Inom primärvården hamnar då patienter som egentligen skulle hanteras först inom psykiatrin för att kunna ta till sej andra insatser (efter t ex läkemedelsbehandling). Patienten får insatser inom primärvården för att hålla sig flytande - insatser som egentligen är lågvärdevård och ger undanträngningseffekter i primärvården.

Det kan även vara patienter i andra vårdflöden som har svårt att komma vidare i övrig rehabilitering vid samsjuklighet, i väntan på diagnos och/eller insatser från vuxenpsykiatrin. Detta gäller både primär- och sekundärvården.

Psykologenheten och Enheten för stressrelaterad ohälsa:

Långa väntetider vid remiss från psykolog, där utredningsinsats är gjord och bedömningen är att det finns en diagnos. Önskvärt med snabbspår för att inte behöva göra dubbelarbete med samma utredning igen på psykiatrin.

Höga krav för att remittera från psykologenheten och enheten för stressrelaterad ohälsa (EFSO), sedan upplevs det ändå att samma utredning görs om inom psykiatrin. Upplever att det inte är samma krav på remisser från psykologer i allmänmedicin, där är screening tillräckligt.

Avvisade remisser utan medicinsk orsak eller någon dialog/återkoppling.

Upplevs svårt att nå specialistpsykiatrins mottagningar via messenger då många vägar (funktionsbrevlådor) är stängda, hänvisar att patient ska ringa på telefontid. Dock har man upplevt bra återkoppling från enhetschef/verksamhetschef.

Tolkningen varierar av skrivningen att två behandlingsförsök ska ha genomförts innan remiss, skrivningen behöver ändras. RUT 28603. EFSO upplever inte att rutinen följs utan att remisser kan avslås.

Slutenvård och specialiserad öppenvård inom rehabiliteringen specialistvård CSK:

Saknas fysioterapeuter inom psykiatriska slutenvården. Vi bistår med insatser, men mycket varierande hur avdelningspersonal är delaktiga vid överrapportering och hantering information för fortsatt stöd till patienten.

Vi behöver förbättra arbetet i övergången från HVB-hem till öppenvård ihop med andra aktörer.

Psyk har inte möjlighet att behålla patienten vilket gör att polisen får ta hand om patienten återigen. Kontakt med öppenvårdspsykiatrin Mångsökare (en grupp människor som inte vi klarar av i någon verksamhet- de passar inte in någonstans) med psykiatriska problem- vad gör vi med dem?

Kan vi göra en gemensam plan för dem? Forum för att delta på varandras APT:er- de fungerade ett tag men sedan rann det ut i sanden... Vi behöver ha en ökad förståelse för varandras uppdrag- vi kan återkoppla bättre, samverkan behövs, Vårdköerna belastar andra samhällsfunktioner, vårdplaner känns inte till på boende eller ambulansen. Ibland känner inte patienter och anhöriga till dem heller.

Patienter som bollas mellan psykiatrin där ingen vill ta huvudansvaret.

Vad skulle ni önska av oss i specialistpsykiatrin för att underlätta vården av våra verksamhetsöverskridande patienter?

Deltagande i händelse av gemensamma patienter. Gäller ffa Smärtcentrum men även till viss del inom anestesi där "Psykiatrins patienter" kommer för anestesi i samband med kirurgi alt annan undersökning

Att ni stöttar projektet att starta upp en psykiatri ambulans vilket ambulansen och akut psykiatrin sökt stadsbidrags medel för. Detta är ett långsiktigt projekt som år -27 kan behöva ekonomisk utökad ram.

Tydliga och väl fungerande rutiner som är förankrade i respektive verksamhet (t.ex. primärvård och akutpsykiatri), så att det blir enkelt även för verksamheter med mer sällan behov av samarbete att hitta rätt väg för patienter in i psykiatrin.

--

För att underlätta vården av våra verksamhetsöverskridande patienter ser vi ett behov av en mer tillgänglig och tydlig samverkan från specialistpsykiatrin. Det handlar bland annat om tydliga kontaktvägar och god tillgänglighet vid akuta frågeställningar, samt snabb återkoppling i komplexa ärenden.

Vi ser även ett behov av gemensamma och tydliga vårdplaner som är tillgängliga för samtliga involverade, liksom stöd i bedömning och handläggning vid psykiatriska och beteendemässiga symtom. I mer komplexa fall finns ett stort värde i gemensamma patientgenomgångar för att skapa samsyn kring fortsatt handläggning.

Detta skulle bidra till en mer sammanhållen vård, ökad tydlighet i ansvarsfördelning och bättre förutsättningar att möta patientens behov.

Vi förstår nog inte riktigt skillnaden mellan föregående fråga och denna.

Följa remittentansvisningar, se VIDA. Patienterna är förberedda inför undersökningar.

Större samarbete kring ineliggande patienter . Vi upplever att det är stuprör.

Ökad möjlighet till konsultation och dialog kring patienter som vi idag bollar mellan oss på grund av att vi definierar vårdnivån olika samt effekter av olika behandlingsförsök. Vi behöver en struktur för samverkan och enkla kontaktvägar där vi sätter patienten i fokus.

Enkla kontaktvägar och god tillgänglighet för konsultation vårdgivare emellan. Att vi gemensamt tar ansvar för att patienter inte faller mellan stolarna, vilket ofta innebär att vi inom vården måste prata med varandra och komma överens, och inte att det är patienten som ska leta sin väg. Om ingen anser att det är dennes uppdrag, men patienten behöver hjälp behöver någon ta sig an uppdraget. Allt kommer inte falla inom algoritmerna och rutinerna.

Vuxenhabiliteringen: Att vår samverkansrutin (RUT-32323 Samarbete mellan vuxenpsykiatri och vuxenhabilitering vid vård av vuxna patienter med autism) ska fungera i praktiken.

Habilitering: Samverkansforum mellan chefer (VH och vuxenpsyk) för dialog om övergripande frågor. Vi behöver förstå varandras uppdrag för att samverkan ska kunna fungera. Så viktigt att vi chefer har ett gott samarbete för att skapa bästa möjliga förutsättningar för att det ska också bli ett gott samarbete mellan behandlare till gagn för patient.

Sömlösa övergångar mellan verksamheter.

Önskar ökad samverkan och dialoger exempelvis kring remisser. Tillit till bedömningar och återkoppla om något blir fel istället för att avvisa - ger ett lärande hos våra remitterter.

Önskar kontaktvägar till psykiatri ex rond, konsultation för möjlighet för dialog där det är relevant. Är t ex behandlingskonferens med vårdcentralerna ett forum även för primärvårdsrehabiliteringen?

Önskar att verksamheterna är mer jämlika över hela regionen, samma bemanning och liknande arbetssätt. Alla verksamheter har i princip svårt att bemanna på samma orter.

Saknar forum för övergripande samverkansdialog när det gäller rehabilitering. Hur använder vi regionens gemensamma resurser klokt.

Våra patienter har en goda möjligheter till en god vård när det är på plats på våra HVB-hem. Det är när vården ska övergå till öppenvård som vi behöver bli bättre.

Information på varandras APT/utbildningsdagar för ökad förståelse för varandras uppdrag inkl. lagrum.

Ett närmare samarbete med kommunerna och Vc Exempelvis skola eller socialtjänst.

Har du några andra medskick i arbetet framåt?

Nej

Kommer från en två dagars Nordisk larmcentral där flera stora utvecklingsarbeten handlar om att koppla in psykiatrisk kompetens tidigt i vårdkedjan. Vi kan och ska utveckla detta mer i Värmland.

ovannämnd

Vi ser att vi har en god dialog med verksamheterna och att servicetjänsterna fungerar bra.

Det finns ett stort värde i att fortsätta utveckla samverkan mellan våra verksamheter. Vi ser behov av att skapa gemensamma forum för dialog, öka förståelsen för varandras uppdrag samt arbeta fram tydliga gemensamma arbetssätt.

Nej

Vuxenhabiliteringen: Patienterna ska inte behöva bli bollar mellan VH, vuxenpsyk och primärvård. Samma gäller att patienter inte ska skickas mellan BUP, primärvård och BUH.

Kontaktyta vid akut insjuknade patienter (gravida) där tiden är knapp r/t graviditet. Deras föräldraskap riskerar att svikta med resurskrävande åtgärder som följd. KSV bär flera patienter (endometrios, vulvodyni, gravida, ÖG) i väntan på rätt expertis. Detta tar stora resurser från vår verksamhet.

Se över remissbedömningen och remisskriterierna. Tänk in systemeffekterna. Lång väntetid på BUP leder t ex till ökat vårdbehov hos närstående. Det kommer krävas mer samarbete kring funktionella patienter så väl vuxna som barn. Önskar kommunikation om specialistpsykiatriens arbetssätt, vilka de träffar, insatser osv för ökad förståelse. Varför saknas vårdutbud i öppenvård psykiatri ex basal kroppskännedom. Varför saknas fysioterapeut i psykiatrisk slutenvård.

Statsbidrag för psykiatriambulans- viktigt att få igång och att jobba för att kunna göra den permanent, pengar finns i år, hitta samverkansforum både för övergripande frågor och individfrågor. stöttning till psykiatrins chefer så att de orkar, Hitta kontakter till varandra Polis-psyk→ vem ska man ha kontakt med?, när öppenvården inte håller vad de lovar ex. kring receptförnyelse eller återbesök så ringer patienten till 1177, patienten lider och trycket ökar på 1177.

Psykiatrin behöver vara med i samarbete med kommun och Vc för att patienterna ska kunna stegförflyttas mot aktivitet eller egen försörjning. Utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv behövs mer samverkan med psykiatrin där vi idag se att patienternas process far illa pga långa väntetider eller hänvisning tillbaka till Vc där pat har för svåra komplexa behov.

Remissversion