



Koncentration av psykiatriska heldygnsvårdsplatser samt utökning av specialistpsykiatriska omvårdnadsteam

**Koncentration av psykiatriska heldygnsvårdsplatser
samt utökning av specialistpsykiatriska
omvårdnadsteam**

2024-04-24

Sammanfattning

Under hösten 2023 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden om att ge Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i uppdrag att ta fram färdplaner med utvecklingsplanen som grund och återkomma till nämnden för beslut. I utvecklingsplanen går det att läsa att den psykiatriska vården behöver bli mer geografiskt jämlik i länet och att psykiatrins slutenvårdsplatser behöver samlas för att personalen ska kunna användas så effektivt som möjligt. För att kunna ge patienterna ett närmre omhändertagande kommer dessutom specialistpsykiatriska omvårdnadsteam, SPOT, att införas i länet. Detta blir utgångspunkten för ett färdplansuppdrag som har i uppgift att arbeta fram ett förslag med utgångspunkt i omhändertagandet av patienterna och deras vårdbehov, utifrån psykiatrin som helhet.

Heldygnsvården som finns på lasaretten i Karlskoga och Lindesberg har en lägre vårdnivå än i Örebro. Det beror bland annat på bemanningssvårigheter och medför att många transporter sker mellan psykiatrins verksamheter runt om i länet vilket är en risk för såväl patientsäkerheten som för medarbetarnas arbetsmiljö. Situationen är ohållbar och med vetskap om den demografiska utmaningen vi står inför där färre personer ska vårda fler krävs det att ansvarsfulla åtgärder vidtas redan nu.

Förslaget har bland annat tagits fram genom ett arbete med Faktabaserad styrning, som tydliggör verksamheternas faktiska behov och hur planering, resurssättning och kapacitet kan ge så effektiva patientflöden som möjligt. Det förslag som psykiatrins områdesledning har tagit fram består av fyra parallella spår: 1. Centralisering av vårdplatser till Örebro; 2. Utveckling av SPOT inom hela länet; 3. Utöka omhändertagande i SPOT av patientgrupper utanför allmänpsykiatrin; 4. Utveckla brukarstyrd inläggning (BI) till självvald inläggning (SI).

Förstudien och dess konsekvensbeskrivningar visar att de föreslagna förändringarna på grund av den nuvarande, ohållbara situationen är nödvändig och där möjligheterna väger upp riskerna. Vi ställer om idag för att kunna ge vård imorgon.

Innehåll

1.	Inledning.....	6
1.1	Utvecklingsplanen.....	6
1.2	Uppdraget.....	6
1.3	Förstudiens upplägg och tidplan.....	6
1.4	Förstudiens organisation.....	7
2.	Bakgrund, nuläge och framtid.....	7
2.1	Utbudsstruktur.....	7
2.2	Vårdtillfällen och vårdplatser.....	7
2.2.1	Vårdbehovet i länet.....	8
2.3	Bemanning och ekonomi.....	9
2.4	Arbetet med alternativa förslag.....	9
3.	Förslag till förändring.....	10
3.1	Centralisering av vårdplatser.....	10
3.2	Utveckling av SPOT.....	10
3.2.1	Processtyrning och nya arbetssätt.....	11
4.	Konsekvensbeskrivningar.....	12
4.1	Kvalitet.....	12
4.2	Tillgänglighet.....	12
4.3	Patientsäkerhet.....	13
4.4	Arbetsmiljö.....	14
4.5	Forskning och utbildning.....	14
4.6	Ekonomi.....	15
4.7	Lokaler.....	15
4.8	Anhörig- och brukarmedverkan.....	15
5.	Resultat och slutsats.....	15
	Bilaga 1 – Förstudiens organisation.....	16
	Bilaga 2 – Faktabaserad styrning.....	17
	Bilaga 3 – Risk- och konsekvensanalys.....	18
	Möjligheter sorterade.....	19
	Risker sorterade.....	20
	Bilaga 4 – Forskning och utbildning.....	21
	Sammanfattning från Forskning och utbildning.....	28

Bilaga 5 – Ekonomi29

1. Inledning

1.1 Utvecklingsplanen

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 19 oktober 2023 att ge Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i uppdrag att ta fram detaljerade färdplaner, med utvecklingsplanen¹ som grund, och återkomma till nämnden för beslut. I utvecklingsplanen går det att läsa att den psykiatriska vården behöver bli mer geografiskt jämlik i länet samt att psykiatrins slutenvårdsplatser behöver samlas för att personalen ska kunna användas så effektivt som möjligt. För att kunna ge patienterna ett närmre omhändertagande kommer dessutom specialistpsykiatriska omvårdnadsteam, SPOT, att införas i länet. Ett SPOT är redan infört i den norra länsdelen som del av ett projekt.

1.2 Uppdraget

I december 2023 beslutade hälso- och sjukvårdsdirektören om ett antal färdplansuppdrag, varav två berörde psykiatrin. Ett var att ta fram ett förslag om hur psykiatriska heldygnsvårdsplatser kan koncentreras och det andra hur utvecklingen av SPOT kan genomföras. Förslaget ska klargöra hur psykiatrin på bästa möjliga och ansvarsfulla sätt kan gå framtiden till mötes med de resurser som finns. Förstudien ska utgöra ett kunskapsunderlag för ställningstagande till hur förändringarna kan göras med hänsyn till demografisk utveckling, förväntade vårdbehov, kompetensbehov, omställning till nära vård, utveckling av IT-stöd och AI, kvalitet, tillgänglighet och ekonomi. Förslagen ska vara geografiskt anpassade och beakta psykiatrin som helhet. Uppdraget avgränsades till att inte omfatta Barn- och ungdomspsykiatrin samt Rättspsykiatrin.

1.3 Förstudiens upplägg och tidplan

I kapitel 2 framgår varför förändringarna måste till, syftet med förslagen och hur de har arbetats fram. Förslaget till förändringar redovisas i kapitel 3 och konsekvensbeskrivningar i kapitel 4. Inom förstudien har det även arbetats fram en tidplan och en risk- och konsekvensanalys. För att skapa förutsättning för hög delaktighet genomfördes en workshop tidigt i processen med utgångspunkt i färdplansuppdragens frågeställningar med bred verksamhetsrepresentation. Utfallet av workshopen diskuterades och problematiserades därefter med företrädare från allmänpsykiatrin och specialistpsykiatrin tillsammans med läkare, inklusive chefläkare.

Förstudien med en risk- och konsekvensanalys genomfördes under april 2024 och presenterades för Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp den 24 april.

¹ [Utvecklingsplan för hälso- och sjukvården \(orebroll.se\)](https://orebroll.se)

Efter facklig samverkan om förändringarna ur ett arbetsmiljöperspektiv ska förstudien med förslag beslutas i hälso- och sjukvårdsnämnden den 4 juni. Ett planerat genomförande kommer därefter successivt att pågå med start i september.

1.4 Förstudiens organisation

Till färdplansuppdragsägare utsågs Karin Haster, Områdeschef för psykiatri som tillsatte en arbetsgrupp².

2. Bakgrund, nuläge och framtid

I detta avsnitt beskrivs psykiatriens nuvarande utbudsstruktur och dess utmaningar när det gäller framför allt patientsäkerhet, vårdbehov, ekonomi och kompetensförsörjning. Här redovisas också hur förvaltningen har kommit fram till förstudiens förslag.

2.1 Utbudsstruktur

Psykiatriens verksamhet för heldygnsvård bedrivs idag på Universitetssjukhuset Örebro, USÖ, och Karlahuset samt på lasaretten i Karlskoga och Lindesberg. Vårdplatserna i Lindesberg har däremot inte varit disponibla sedan hösten 2023³. Patienterna omhändertas och vårdas på en avdelning utifrån en bedömning av patientens behov av vård och vilka insatser som behövs, oberoende var i länet som patienten bor. Det medför att patienterna transporteras mellan verksamheterna i länet.

Heldygnsvården i Karlskoga, men även i Lindesberg, har en lägre vårdnivå och har därmed inte möjlighet att vårda patienter med hög vårdtyngd eller som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Den lägre vårdnivån begränsar möjligheten till ett fullskaligt omhändertagande av samtliga patientgrupper inom psykiatri. Det är en ekonomiskt dyr lösning och är inte ändamålsenlig för psykiatri som helhet. Bemanningssituationen har under lång tid även varit bekymmersam både i Karlskoga och Lindesberg vilket inneburit att vårdplatser temporärt varit neddragna samt att sjuksköterskor endast funnits i beredskap nattetid. Verksamhetsledningen ser stora risker för att arbetsmiljön, patientsäkerhet och vårdkvalitet kommer påverkas negativt om inte åtgärder vidtas.

2.2 Vårdtillfällen och vårdplatser

Psykiatri har som tradition planerat verksamheten utifrån uppskattade och förväntade vårdbehov, med data som grund för hur det sett ut över tid, och tillsatt

² Bilaga 1. Förstudiens organisation.

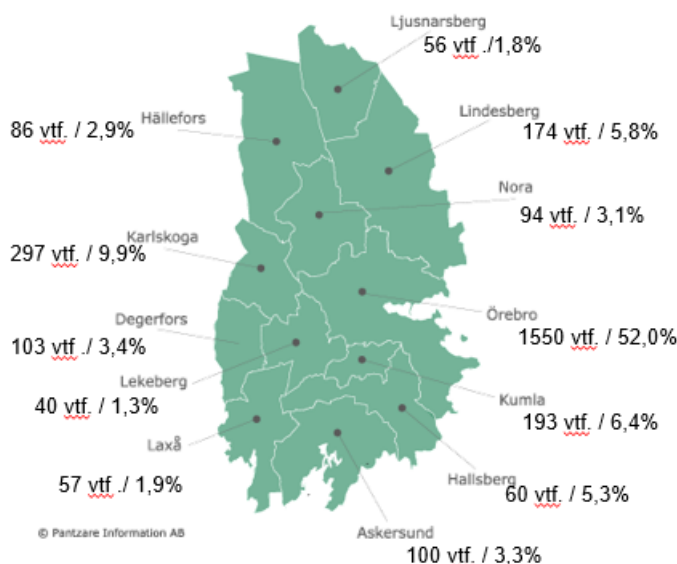
³ Pågående pilotprojekt i form av SPOT (specialistpsykiatriska omvårdnadsteam), läs mer under avsnitt 3.2.

resurser därefter. När arbete med Faktabaserad styrning (FBS⁴) nu har påbörjats, efter beslut om införande i Hälso-och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp 2022, har det från verksamhetsledningen blivit tydligt att förändringar måste till för att nå en hållbarhet mellan vårdbehov, kapacitet och bemanning. I verksamhetens arbete ingår även att kartlägga antalet vårdtillfällen som i sin tur är vägledande för hur många vårdplatser som krävs för att verksamheten ska klara av sitt uppdrag.

2.2.1 Vårdbehovet i länet

Under 2023 hade heldygnsvården i Karlskoga och Lindsberg totalt 627 vårdtillfällen. Medelvårdtiden för dessa vårdtillfällen var omkring 10 dagar vilket ger en genomsnittlig beläggningsgrad på 65%. Det kan jämföras med heldygnsvården i Örebro som mellan åren 2021–2023 hade 2500 vårdtillfällen. Medelvårdtiden var 6,5 dag med en beläggningsgrad på 80%.

Bilden nedan illustrerar var i länet som patienterna är folkbokförda i förhållande till antalet vårdtillfällen inom psykiatri.



Länsdel	Antal vtf.	Andel
Norr	410	14%
Väster	460	16%
Örebro, Lekeberg	1590	55%
Söder	450	15%

⁴ Faktabaserad styrning är en metod för att fatta kloka beslut. Det handlar om strategisk verksamhetsstyrning med fokus på analys och förbättringar för att förändra resultat mot satta mål, se mer i Bilaga 2.

Patienter med psykiatriska vårdbehov är till största delen bosatta i Örebro medan det är relativt jämnt fördelat mellan norr, väster och söder. Noterbart är att den södra länsdelen inte har någon närliggande heldygnsvårdslösning utan patienterna behöver i en stor utsträckning transporteras inom länet.

Den psykiatriska heldygnsvården har historiskt sett en medelbeläggningsgrad på cirka 75%. Om denna höjdes till 85% skulle samma antal vårdtillfällen kunna genomföras fast med 10 färre sängplatser. För att det ska kunna uppnås krävs det effektiva patientflöden och att hanteringen av dessa flöden styr resursbehovet. För att nå dit krävs det en omställning genom förändrade arbetssätt och ett annat sätt att omhänderta patienterna på.

2.3 Bemanning och ekonomi

Konkurrensen om kompetenser är hård på arbetsmarknaden. Förvaltningen måste kunna bemanna sina verksamheter med rätt kompetens på rätt plats. Vid heldygnsvården i Karlskoga, och tidigare även i Lindesberg, har det under en lång tid varit stora bemanningssvårigheter. Åtgärder har under perioder kunnat vidtas men med de utmaningar som förvaltningen nu står med och har framför sig, både vad gäller kompetensförsörjning och ekonomi, är alternativen få. Dessutom är det en fråga om arbetsmiljö i både Karlskoga och Lindesberg när verksamheten inte kan bemannas med legitimerad personal dygnet runt.

Förändrade arbetssätt måste även utvecklas parallellt med en minskning av ohållbara lokal-, res- och kringkostnader.

2.4 Arbetet med alternativa förslag

Verksamhetsledningen har i arbetet med färdplansuppdraget beaktat och ställt flera alternativ mot varandra för att ta reda på vilket alternativ som är det mest ändamålsenliga. Följande alternativ har bearbetats:

1. Ha kvar heldygnsvården i Karlskoga med en lägre vårdnivå med omhändertagande av patienter med ätstörningsproblematik, utslussning för patienter med psykossjukdom och självmord inläggning.
2. Omfördelning av ovan nämnda patientgrupper till Karlhuset, samt tillnyktringsplatser och rättspsykiatri.
3. Samla heldygnsvården i Örebro och utveckla SPOT.

Med förslag 1 kvarstår bemanningssvårigheterna och det skulle dessutom leda till en försämrad kvalitet då patientgrupperna skulle få en lägre vårdnivå. Ekonomiskt sett är alternativet inte gynnsamt då en vårdavdelning kräver en grundbemanning med bland annat sjuksköterskor och läkare vid inskrivning. Alternativ 2 skulle skapa riskfyllda

transporter och en ohållbar vårdmiljö då patienterna på tillnyktringsplatser kräver bedömning av rätt kompetens. Psykiatrins områdesledning ser varken alternativ 1 eller 2 som genomförbara.

Utvecklingsplanens inriktning om att den psykiatriska vården behöver bli mer geografiskt jämlik i länet, samt att psykiatrins slutenvårdsplatser behöver samlas för att personalen ska kunna användas så effektivt som möjligt är heller inte i linje med de nämnda alternativen. Det alternativ som då återstår är förslag 3 som innebär att heldygnsvården, vårdplatserna, samlas i Örebro och att SPOT införs och utvecklas på en bredare front för att möta upp mot behoven och skapa ett mer jämlikt omhändertagande inom länet.

3. Förslag till förändring

Det förslag som psykiatrins områdesledning har tagit fram består av fyra parallella spår: 1. Centralisering av vårdplatser till Örebro; 2. Utveckling av SPOT inom hela länet; 3. Utöka omhändertagande i SPOT av patientgrupper utanför allmänpsykiatri; 4. Utveckla brukarstyrd inläggning (BI) till självvald inläggning (SI).

3.1 Centralisering av vårdplatser

För att möta framtidens utmaningar med kompetensförsörjningen och utveckla verksamheterna mot en god, jämlik och nära vård föreslås förändringar och anpassningar inom psykiatrins verksamhetsområde. Förslaget innebär att vårdnivån som finns på lasaretten i Karlskoga och Lindesberg tas bort och att heldygnsvården samlas i Örebro. Förändringen innebär att de 12 disponibla vårdplatser som idag finns i Karlskoga avvecklas. De 14 vårdplatser som sedan september 2023 varit stängda i Lindesberg under tiden som SPOT-projektet pågått kommer inte att återöppnas. Genom faktabaserad styrning har det räknats på förslaget och åtgärden är möjlig att genomföra.

De BI-platser som varit placerade i Karlskoga föreslås flytta till Örebro. I samband med förändringen kommer BI-platserna utvecklas till att bli SI-platser och antalet kan utökas om behovet av det finns⁵. Det finns flera fördelar med utvecklingen som närhet till akutverksamheten, att det omfattar fler patientgrupper och att sjuksköterskor kommer kunna genomföra strukturerade suicidriskbedömningar på delegation.

3.2 Utveckling av SPOT

SPOT har sedan hösten 2023 pågått som pilotprojekt i den norra länsdelen där inspiration och lärande hämtats från Region Västernorrland. Det nya arbetssättet är en

⁵ Beräkning på utökning är en del av förslaget, se Bilaga 5.

utveckling mot nära vård där patienten får insatser som är personcentrerade och som skapar delaktighet för både patient och anhörig i hemmiljön. SPOT ger insatser utifrån behov vilket innebär att patienten kan få flera besök, eller annan typ av kontakt, per dag. Genom att utveckla SPOT-verksamheten till att omfatta fler patientgrupper inom både allmänpsykiatri och specialistpsykiatri skapas utrymme för heldygnsvården att vårda och ta emot de patienter som har störst vårdbehov. Insatser från SPOT innebär även ett säkrare omhändertagande i de fall patienten är i behov av ineliggande vård.

Förslaget innebär att SPOT införs i varje länsdel och att det inom specialistpsykiatri inrättas två SPOT, förslaget är ett team för psykos och ett för beroende, men behoven kan komma att förändras framöver. Med resurserna i SPOT ges en högre vårdnivå än den som idag finns inom heldygnsvården på Karlskoga lasarett.

Tidplan – införande av SPOT

	2023	2024				2025				
#	Införande	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
1	SPOT norra länsdelen	X								
2	SPOT västra länsdelen				X					
3	SPOT södra länsdelen							X		
4	SPOT Örebro Psykos				X					
5	SPOT Örebro Beroende							X		
6	SPOT Örebro Allmänpsykiatri					X				

3.2.1 Processtyrning och nya arbetssätt

Psykiatri har tidigare haft två vårdnivåer, öppenvård och heldygnsvård. Genom införandet av SPOT skapas en ny vårdnivå, se nedan bild.



Den nya vårdnivån är tänkt att fokusera på de patienter vars behov inte behöver omhändertas av heldygnsvården, men där insatserna är alltför omfattande för att kunna hanteras inom öppenvården. Införandet förväntas möta många av de patienter som tidigare ramlat mellan stolarna. Det väntas också underlätta samverkan med kommunerna.

För att tillgänglig bemanning ska kunna ge bästa möjliga vård till de som har behov av hälso- och sjukvård måste arbetsflöden och processer fortlöpande ses över av psykiatrins områdesledning.

4. Konsekvensbeskrivningar

Konsekvensbeskrivningar har genomförts för de sju perspektiven kvalitet, tillgänglighet, patientsäkerhet, arbetsmiljö, forskning och utbildning, ekonomi och lokaler. Därutöver finns ett anhörig- och brukarperspektiv.

I bilaga 3 finns en fördjupad risk- och konsekvensanalys genomförd specifikt för arbetsmiljö och patientsäkerhet.

I bilaga 4 sammanfattas synpunkter gällande forskning och utbildning.

I bilaga 5 finns en ekonomisk kalkyl.

4.1 Kvalitet

I den mindre uppföljning som gjorts hittills finns inga indikatorer som talar för att någon av förändringarna skulle medföra ett försämrat omhändertagande av patienterna och att kvaliteten av vården skulle påverkas negativt.

Det är ännu för tidigt för att kunna dra några konkreta slutsatser av uppföljningen men nedan punkter är ändå relevanta för färdplansuppdraget:

- Patienter har vid utskrivning, genom självskattningsformulär, skattat att de är nöjda med vårdinsatsen och att den bidragit till förbättrat mående.
- 82 patientärenden har omhändertagits av SPOT. Varje patient har i genomsnitt fått 9 hembesök eller telefonuppföljningar med en genomsnittlig inskrivning på 16 dagar.
- 18 patienter var under en period inskrivna i SPOT, det kan sägas motsvara 18 vårdplatser i hemmet även om vårdnivån är något lägre än inom heldygnsvården.
- Samtliga patienter har fått strukturerade suicidriskbedömningar och nära hälften har fått vårdplaner upprättade.
- Det har varit lättare att rekrytera personal till SPOT än till andra verksamheter inom psykiatrin.

4.2 Tillgänglighet

Centralt för definitionerna av närhet och tillgänglighet är patientens upplevelse. Tre definitioner kan här användas varav tillgänglighet är ett⁶:

⁶ Definitionerna är inspirerade av Västra Götalandsregionens i sitt omställningsarbete. Även Emma Spak har som samordnare Nära vård i SKR använt sig av begreppen.

- Geografisk närhet – närhet räknat i avstånd.
- Relationell närhet – hur en känsla av att hälso- och sjukvården står för kontinuitet, trygghet, samordning och kompetens skapas hos medborgaren.
- Tillgänglighet – handlar om hur lätt det är att komma i kontakt med vården och att insatser ges i rätt tid. Förutom geografisk närhet innefattas även behovsanpassade öppettider och andra kontaktmöjligheter såsom fysiska möten i relation till digitala möten. Vad gäller SPOT är tillgängligheten hög då de flesta patienter (97%) får sin kontakt inom en dag.

Arbetsgruppens bedömning är att tillgängligheten kommer att förändras sett till att vårdplatser föreslås stänga i Karlskoga och Lindesberg. Patienter som bor utanför Örebro kommer behöva transporteras för att få ineliggande vård. Samtidigt säkrar förslaget ett omhändertagande genom SPOT. Det kommer dels höja vårdnivån, dels öka tillgängligheten i hela länet. Med en effektivare resursanvändning får fler patienter dessutom möjlighet till anpassade insatser, även om tillgängligheten för vissa delar av vården, som vårdplatser, föreslås förändras. Den samlade bedömningen är att vården i förslaget fortsatt kommer vara tillgänglig.

4.3 Patientsäkerhet

Förslaget bedöms inte på en övergripande nivå medföra ökade patientsäkerhetsrisker. Identifierade patientsäkerhetsrisker vid förändringen kommer att följas upp och åtgärdas i ordinarie patientsäkerhetsarbete. Få av riskerna har koppling till vårdskada.

Huvudsakliga möjligheter gäller⁷:

- Mer jämlikt då alla vårdplatser finns på samma ställe.
- SPOT möjliggör insatser i patientens hemmiljö, vilket kan minska utveckling av svår sjukdom och därigenom minska patientsäkerhetsriskerna.
- Spridning och utvidgning av SPOT möjliggör för ny vårdnivå, blir mer jämlikt för patienterna.
- Rätt kompetens på rätt ställe.
- Mindre tid på sjukhuset och eventuella föräldrar vårdas i stället hemma.

Huvudsakliga risker gäller⁸:

- Konkurrens rörande vårdplatser och då mer tryck på vårdplatser som kan ge kortare vårdtider.
- Patienten avstår heldygnsvård på grund av geografiskt avstånd.
- Feltriagering som leder till överbeläggning.
- Fler transporter med patient in till Örebro från länsdelarna där personal behöver följa med.
- SPOT kompenserar inte för minskat antal vårdplatser.

⁷ Läs mer i bilaga 3. RoK färdplansuppdrag

⁸ Läs mer i bilaga 3. RoK färdplansuppdrag.

4.4 Arbetsmiljö

Förslaget bedöms inte påverka arbetsmiljön på ett betydande negativt sätt.

Huvudsakliga möjligheter gäller⁹:

- Ökad tillgång till läkare för heldygnsvård.
- Kan vara lättare att bemanna med sjuksköterskor.
- Mindre inbrott från öppenvården till heldygnsvården för bemanning.
- Utökning av SPOT kan ge möjligheter till bra arbetstider som kan locka medarbetare.
- Fler anställda sjuksköterskor och fler sökande till tjänster i Lindesberg och Karlskoga med SPOT.

Huvudsakliga risker gäller¹⁰:

- Etisk stress för olika yrkesgrupper som jobbar nära patienten.
- Medarbetare slutar om överflytt från länsdel till Örebro.
- Hembesök kan ge upphov till hot och våld.
- Medarbetarna har inte rätt kunskap om när och hur man ska använda sig av SPOT.
- Medarbetare som idag jobbar med BI-platser slutar.

4.5 Forskning och utbildning

Under förutsättning att utbildningsuppdraget integreras i ny vårdform som bemannas av SPOT ser forskning och utbildning inga avgörande risker med förslaget utan det rör sig om behov av anpassningar och tillvaratagande av möjligheter. Följande inspel gäller:

- De föreslagna förändringarna förväntas inte ha någon påverkan på förutsättningarna för uppdraget som Universitetssjukvårdsenhet avseende forskning och utveckling eller på uppdragen inom förenade anställningar.
- Ingen övergripande, betydande eller varaktig påverkan förväntas avseende förutsättningarna för klinisk forskning eller möjlighet att inkludera patienter i forskning.
- Då evidensläget avseende den nya vårdformen SPOT är begränsat bedöms det planerade tillvaratagandet av nya forskningsmöjligheter kopplade till den utvecklingen som angeläget.
- Den föreslagna omfördelningen av vårduppdrag i länet innebär att utbildningsuppdrag kopplat till heldygnsvård permanent behöver flyttas till verksamheter i Örebro där anpassningar måste göras.
- Rutiner för introduktion och klinisk handledning av studenter, elever och utbildningsläkare inom ramen för SPOT behöver tas fram.

⁹ Läs mer i bilaga 3. RoK färdplansuppdrag.

¹⁰ Läs mer i bilaga 3. RoK färdplansuppdrag.

4.6 Ekonomi

Ett breddinförande av SPOT förväntas ge ekonomiska effekter genom minskning av vårdplatser, främst lägre kostnader utifrån minskat behov av städ samt patientkost. Därutöver förväntas ett införande av SPOT i Karlskoga och Lindesberg ge minskade behov av lokalytor¹¹.

4.7 Lokaler

Om förslaget beslutas kommer lokalerna i både Karlskoga och Lindesberg kunna användas till annan verksamhet. Genom införandet av SPOT-projektet i Lindesberg uppskattas 20% av den totala ytan nyttjas i dagsläget. Det krävs vidare en utredning hur lokalerna skulle kunna användas på annat sätt, innefattande placering av SPOT i länsdelarna om beslut fattas enligt förslaget¹².

4.8 Anhörig- och brukarmedverkan

Som en del av arbetet genomfördes ett möte med anhörig- och brukarrepresentanter utifrån etablerade kontakter inom psykiatrin. Syftet var att informera om arbetet med färdplansuppdraget och vilka förslag som områdesledningen arbetat med.

I stort ställer sig representanterna positiva till det pågående arbetet. Flera fördelar kunde ses med SPOT ur ett jämlikhetsperspektiv samt att vårdnivån höjs. Följande inspel skickades med:

- Vikten av att anhöriga blir involverade i en hög utsträckning och att informationen når ut vid implementering.
- Oro för att vårdplatserna inte kommer räcka till när vårdplatserna i Karlskoga och Lindesberg stängs. Kommer SPOT räcka till?

5. Resultat och slutsats

Utifrån förslaget om att samla psykiatrins heldygnsvård till Örebro och utveckla SPOT har förstudien tittat på vad förändringen innebär för psykiatrin som helhet och hur SPOT måste arbeta för att möta upp mot stängda vårdplatser i Karlskoga och Lindesberg. Bedömningen är att konsekvensbeskrivningarna visar att riskerna inte är större än möjligheterna. Det är inget alternativ att inte genomföra förslaget sett till nuvarande bemanningssvårigheter, omställning till nära vård och den kommande demografiska utvecklingen. Förstudien visar att detta förslag kan och bör genomföras.

¹¹ Läs mer i bilaga 5. Ekonomisk kalkyl.

¹² Läs mer i bilaga 5. Ekonomisk kalkyl.

Bilaga 1 – Förstudiens organisation

Färdplansuppdragsägare:

Karin Haster, områdeschef för psykiatri

Arbetsgrupp:

Lise Bergman Nordengren, biträdande områdeschef för psykiatri samt tf. verksamhetschef för specialistpsykiatri från och med 15/4

Åsa Kindahl, verksamhetschef för allmänpsykiatri

Sara Johansson Mc Mahon, biträdande verksamhetschef för allmänpsykiatri

Mathias Edquist, verksamhetschef för specialistpsykiatri till och med 14/4

Stödresurser:

Karin Moberg och Camilla Boström, Kommunikation

Malin Ullbrand, Ekonomi

Paula Spång, Fysiska vårdmiljöer

Jessica Engdal, HR

Kristoffer Ingeby, Produktionsenheten

Stefan Rosth, Patientsäkerhetsenheten

Ann-Christin Rönnerberg, Forskning och utbildning

Kristina Arnrup, Forskning och utbildning

Maria Gunnarsson, verksamhetsutvecklare och processtöd

Michaela Larsson Ståhl, utredare och processtöd

Övriga referensgrupper:

Läkarorganisationen inom psykiatri, inklusive chefläkare

Bilaga 2 – Faktabaserad styrning

Faktabaserad styrning är en planerings- och uppföljningsmetod som kommer att införas på samtliga nivåer från slutenvård och operation till öppenvårdsverksamhet och primärvård inom Region Örebro län. Den faktabaserade styrningen är verksamhetsbaserad och fokuserar på effektiva patientflöden i vårdkedjan genom att olika verksamheter sammanlänkas. Utgångspunkten i den faktabaserade styrningen är verksamhetens uppdrag som ligger till grund för den behovs- och kapacitetsplanering som görs i rullande tolv månadersperioder. Behovsplaneringen visar hur verksamheten borde ta hand om sitt uppdrag och vilka resurser som krävs för det. Kapacitetsplaneringen visar i stället hur uppdraget planeras att lösas med de resurser som finns att tillgå på kort till medellång sikt.

För slutenvården är uppdraget det vårdbehov, i termer av antal vårdtillfällen, som en verksamhet ska planera för att ta hand om under ett år. Med det som bas beräknas sedan resursbehovet med hjälp av kapacitetsformeln i termer av antal vårdplatser. I nästa steg beskriver verksamheterna hur vårdplatsen ska bemannas och vilka övriga resurser som krävs. Behovet av vårdplatser inom en viss verksamhet styrs bland annat av hur många patienter som behöver vård (antal vårdtillfällen/inflödet) inom verksamheten, hur många patienter som avdelningen kan hantera vid en viss given tid (beläggningsgrad) och hur lång tid varje patient behöver vara på avdelningen (medelvårdtid).

Flöden och behov av vårdplatser

Olika verksamheter som hanterar olika patientflöden har ofta stora skillnader. En verksamhet som hanterar planerade flöden behöver göra en typ av planering medan en verksamhet som hanterar akuta flöden gör en helt annan typ. En stor avdelning med 24 vårdplatser kan tillåtas planera för en högre beläggningsgrad, upp mot 90-95%, jämfört med en liten avdelning med sex vårdplatser. Med en hög beläggningsgrad kommer den stora avdelningen i genomsnitt alltid att ha två lediga vårdplatser medan samma beläggningsgrad på den lilla avdelningen endast i undantagsfall ger ledig kapacitet. Den psykiatriska heldygnsvården har historiskt sett en medelbeläggningsgrad på cirka 75%. Om beläggningsgraden kan höjas till ett målvärde på 85% betyder det att samma antal vårdtillfällen kan genomföras men med 10 färre sängplatser. Medelvårdtiden är även den en viktig kapacitetsfaktor. En ökning eller minskning av medelvårdtiden med en dag innebär också att behovet av vårdplatser förändras. Minskas medelvårdtiden med en dag minskas även vårdplatsbehovet med 10 sängplatser, och omvänt om medelvårdtiden ökas.

Bilaga 3 – Risk- och konsekvensanalys



Avgränsning
Datum för bedömning av risker och möjligheter 2024-04-02 kl. 13:00-16:00, P-huset Stora Konferensrummet, vån 4.
Vad ska bedömas* Vad innebär centralisering av slutenvårdsplatser till Örebro? Vad innebär det att utveckla konceptet Brukarstyrd inläggning (BI) till Självvald inläggning? Vad innebär det att införa SPDT i flera delar av länet?
Berörda av förändringen** Specialistpsykiatri, allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri
Ansvarig chef Områdeschef Karin Haster, Område psykiatri Region Örebro län
Skyddsombud***/fackliga representanter 2/4 ROK: Merjo Yiluoma, Sofia Tynelius, Teresa Jansen, Jonas Wallengren 8/4 på samverkan: Merjo Yiluoma, André Schwenk, Caroline Lind, Teresa Jansen, Solveig Kiel Israelsson, Ulrika Hautanen.
Deltagarlista Åsa Kindahl verksamhetschef, Mathias Edquist verksamhetschef, Jimmy Björkman verksamhetschef, Annifrid Frimodig verksamhetschef, Fredrik Holländare biträdande verksamhetschef, Lise Bergman Nordgren biträdande områdeschef, Karin Haster områdeschef, Johan Molin utvecklingsledare, Therese Almlöf chefssekreterare Område psykiatri, Jessica Engdahl HR-partner, Stefan Rosth patientsäkerhet, Spyridon Kilaidakis Chefläkare (del av möte)

Riskbedömning vid förändring i verksamhet
Gör så här 1. Börja med att avgränsa vad som ska bedömas och bestäm vilka som ska delta i rutan Avgränsning . 2. Identifiera vilka risker och möjligheter som finns kring arbetsmiljö och patientsäkerhet och hur de påverkar. Sammanställ dessa i fliken Riskbedömning i kolumnen för Risk/Möjlighet. Beskriv hur risken kan leda till ohälsa, olycksfall mm eller vad möjligheten kan leda till i kolumnen Vilka konsekvenser kan risken/möjligheten få. Se också fliken Exempel. Beakta om riskbedömningen även omfattar aktiva åtgärder för jämställdhet och icke-diskriminering. Fundera över om medarbetare påverkas av förändringen på olika eller samma sätt utifrån sina förutsättningar som t.ex. längd, kroppsstyrka/funktion, ljus- och ljudkänslighet, allergier, extra stort behov av rutiner och struktur, etnicitet, språk, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, religion. 3. Bedöm om riskerna är allvarliga eller inte. Prioritera riskerna med hjälp av riskbedömningsmatrisen. 4. Ta fram åtgärder för att förebygga att de risker ni identifierat inte ska leda till ohälsa, olycksfall mm. OBS! Åtgärden ska rikta sig mot bakomliggande orsaksfaktorer till risken. Ta fram åtgärder för att stärka att möjligheten inträffar. * Konkreta exempel på förändringar: Minskning av antalet medarbetare, ökning/minskning av uppdraget (antalet patienter, kunder, studenter), nya arbetslag, nybyggnation/lokalbyten, ändring i befintliga lokaler, ny ventilation, omorganisation, förändring av tjänster/upphandling av tjänster, förändring av schema. ** Vilka medarbetare eller grupper av medarbetare berörs av förändringen? Hur stor andel av gruppen? Vilka patienter eller patientgrupper berörs av förändringen? Exempel: alla medarbetare och chef på enhet X eller alla tekniker på enhet Y *** Skyddsombud som har arbetsplatsen som skyddsområde, ska alltid delta om det finns på arbetsplatsen. Medarbetare kan delta men ersätter inte skyddsombud.

Diskrimineringslagens krav på aktiva åtgärder Riskbedömning utifrån diskrimineringsgrunderna avser om ändringen kan medföra risk för direkt eller indirekt diskriminering eller andra hinder för allas lika rättigheter och möjligheter i arbetslivet. Beakta därför människors olika förutsättningar utifrån kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder och hur det påverkar tex olika risker i arbetsmiljön. Detta är en del i arbetsgivarens arbete med aktiva åtgärder för att arbeta förebyggande och främjande för att motverka diskriminering och jobba för allas lika rättigheter och möjligheter. Förändringar i verksamhet/organisation/bemanning kan också öka risken för oro och frustration hos berörda medarbetare vilket i sin tur kan öka risken för kränkande behandling, trakasserier och repressalier.
--

Barnkonsekvensanalys Syftet med en barnkonsekvensanalys är att säkerställa att barns rättigheter finns med när man fattar beslut inom en verksamhet. En barnkonsekvensanalys måste anpassas utifrån rådande förutsättningar. Se vidare barnrättschecklistan (https://intra.orebroll.se/globalassets/ledning-och-styrning/ledningssystem/barn-och-unga-som-narstaende/barnchecklista.pdf).
--

Möjligheter sorterade

ID	MÖJLIGHET	A (Arbetsmiljö) P (Patientsäkerhet) A/P	VILKA KONSEKVENSER KAN MÖJLIGHETEN FÅ?	ÅTGÄRDER FÖR ATT BETINGA ATT MÖJLIGHETEN INTRÄFFAR
	Vad kan ändringen leda till för möjligheter?		Vad kan möjligheten leda till?	Hur har vi kommit fram till åtgärden?
1				
2	Vad innebär centralisering av slutenvårdsplatser till Örebro			
3	M1 Rätt bemanning på plats	A		
4	M2 Bemanning kan bli bättre men inte säkert	A		
5	M3 Ökad tillgång till läkare för heldygnsvård	A		
6	M4 Kan vara lättare att bemanna med sjuksköterskor	A		
7	M5 Mindre inbrott från öppenvården till heldygnsvården för att bemanna	A		
8	M6 Uppdragsbeskrivningar stärker teamen. Viktigt titta på uppdrag när man gör en förändring. Gör behovsöversyn och se över flera kompetensområden	A		
9	M7 Lättare att hålla ihop frågor om alla heldygnsvårdsplatser gällande lokaler, säkerhet, brand.	A		
10	M8 Slippa en del transportfrågor som är besvärsliga	A/P		
11	M9 Säkerheten kan bli bättre när vi får en bättre bemanning	A/P		
12	M10 Bra möjligheter med detta men viktigt att säkerställas kompetens, att se vilka kompetenser som behövs för att klara uppdragen	A/P		
13	M11 Lättare att bygga lag/team, sambemanning	A/P		
14	M12 Struktur vid infögningar, rätt patient på rätt avdelning vid infögning	A/P		
15	M13 Kvalitetshöjning för patienterna.	A/P		
16	M14 Större bemanning av ta in vid behov när alla är på samma ställe.	A/P		
17	M15 Att styra mer mot huvudflöden, lättare att säkerställas rätt kompetens som kan påverka vårdtiderna positivt. Arbetsätt idag innebär en hel del vårdövergångar. Dessa kan innebära ngt längre vårdtid.	A/P		
18	M16 Heldygnsvården mycket samverkan med öppenvård samt länets kommuner. Möjlighet att etablera ny kontakter.	A/P		
19	M17 Mindre isolering för chefer som kan få närhet till kollegor och samarbets inom olika övergripande frågor som exempelvis rutiner.	A/P		
20	M28 Möjlighet för att anhöriga att vara mer delaktiga	P		
21	M19 Tappas igen patientsäkerhetsrisker vid svårt sjuk patient	P		
22	M20 Mer jämlikt då alla vårdplatser finns på ett ställe.	P		
23	M21 Patient vara geografisk närmare läkarjouren	P		
24	M22 Att lokaler i Lindsberg och Karlskoga kan nyttjas till annan verksamhet	A	Från workshop	
25	M23 Rätt typ av bemanning med centralisering	A/P	Från workshop	
26	M24 Jämlikt vård då slutenvården geografiskt enbart finns i Örebro	P	Från workshop	
27	M25 Jämn kvalitativ vård på USÖ	P	Från workshop	
28	M26 att inkludera patienterna delaktighet i forskning	P	Från workshop	
29	M27 Samverkans patienter förbättrats i norr	P	Från workshop	
30	Vad innebär det att utveckla konceptet Brukarstyrd infögning (BI) till Självvald infögning?			
31	M28 Möjlighet att vårdnadshavare med psykisk ohälsa kan användas SI till att egna innan det blir en akut kris, vilket kan leda till positiva effekter för ett barn.	P		
32	Vad innebär det att införa SPOT i flera delar av länet?			
33	M29 Spridning och utvidgning av SPOT möjliggör en ny vårdnivå. Blir mer jämlikt för patienterna.	P		
34	M30 utöka spot tider kan ge möjligheter till bra arbetstider som kan locka medarbetare	A		
35	M31 Fler anställda sjuksköterskor och fler sökande till tjänster Lindsberg och Karlskoga med SPOT	A		
36	M32 Nya arbetsätt och få arbeta i hemmet hos våra patienter. Bra arbetsätt för vissa patientgrupper.	A/P		
37	M33 Utvidgar SPOT på nya platser geografiskt	A/P		
38	M34 Inget ökat söktryck Q1-2024 från Norra länsdelen på Psykiatriska slutmottagningen utifrån SPOT	A/P		
39	M35 Kurator följer med SPOT-team hem			
40	M36 Rätt kompetens på rätt ställe	P		
41	M36 Barnen som närstående SPOT och hembesök bra, då ser man barnens situation. Om kortare vårdtid, och färre vårdövergångar - mer tid hemma och bra för barnen.	P		
42	M37 Mindre tid på sjukhuset och eventuella föräldrar vårdas istället hemma.	P		

Risker sorterade

ID	RISK	A (Arbetsmiljö) P (Patientensäkerhet) A/P	VILKA KONSEKVENSER KAN RISKEN FÅ?	LITEN RISK R1	MEDEL RISK R2	STOR RISK R3	MYCKET STOR RISK R4	ÅTGÄRDSFÖRSLAG FÖR ATT UNDANRÖJA ELLER MINSKA RISKEN
Risk Rz	Vad i ändringen kan orsaka ohälsa, olycksfall mm?		Hur kan risken leda till ohälsa, olycksfall mm?					Hur har vi kommit fram till åtgärden?
1								
2	Vad innebär centralisering av slutenvårdsplatser till Örebro							
3	R1 Risk för etisk stress för olika yrkesgrupper som jobbar nära patienten. Ex tidigare utskrivning, kortare vårdtider kan leda till att personal inte hinner med det som planerats för patienten.	A					x	A) Handledning SPOT och används det på rätt sätt.
4	R2 Risk att medarbetare slutar om överflytt från länsdel till Örebro	A	Rekrytering / Kompetensföröröjning		x			
5	R3 Risk för att medarbetare behöver förflyttas mellan olika enheter	A			x			Kompetensutveckla och beakta medarbetarperspektiv samt rekrytering
6	R4 Risk för arbetsmiljön på allmänpsykiatriska vårdavdelning 2 och 3 med ny personal, fler patienter. Nya medarbetare kommer till en arbetsplats som är "ruff" arbetsmiljömässigt. Konflikter i arbetsgruppen. Mycket kultur i väggarna, nya medarbetare kan bli utstaför om man inte tycker att den befintliga kulturen är okej.	A				x		Kulturarbete, arbetsmiljö och medarbetarskap Nära ledarskap Kompetensutveckling Tydlighet roller och ansvar Introduktionsprogram Arbete med säkerhetskultur och medarbetarskap
7	R5 Risk för mer hot och vålds situationer rikt högre vårdtyngd eller fullbetsgräns enheter eller kompetens	A				x		Utbildning kring hot och vålds situationer, säkerhetsmedvetenhet, implementera SafeWards
8	R6 1) Risk för fler transporter med patienter från länsdelarna där personal behöver följa med 2) Risker i samband med transporter. Ex för patienter ifrån somatisk vård där en suicidrisksbedömning ska göras 3) Risk angående oklarhet gällande vårdtyngd vem som utför och var - medför transport. 4) Workshop: risk att det blir mer transporter utifrån fr Lundsberg + USD för handläggning LPT (Lag om psykiatrisk tvångsvård)	A/P					x	De olika aspekterna på transportfrågor behöver lösas! Förtydliga typer av transporter som genomförs under olika scenario samt vilket ansvar RÖL resp. patient har för transporten
9	R7 Risk att vårdtyngden ökar då patienter blir allmer sjuka, mer svårt sjuka patienter (svan somatisk) inom psykiatrisk heldygnsvård.	P/A				x		Kompetensutveckling inom psykiatri, somatik och omvårdnad. Förtydliga kontaktsvårigheter till somatisk kompetens Bemanningsstruktur / re utbildningsväg Mod. Tekn utrustning och anpassade lokaler
10	R8 Risk att patienterna får längre att äka till slutenvård. Personal i ÖppenVård Karlskoga. Sker redan idag frän länsdel till psykiatriska slutvårdningsdel med patient, via taxi.	P/A	Högre arbetsbelastning för medarbetare. Påverkar produktion och det går in tid för personal	x				
11	R9 Riskbedömning utifrån diskrimineringsgrundarna enligt det som beskrivs i introduktionen i mellan.	P/A			x			
12	R10 Risk om större konkurrens rörande vårdplatser och då mer tryck på vårdplatser som kan ge kortare vårdtider.	P	Vissa patienter/patientgrupper kan komma att bli nedprioriterade.				x	Arbetsstätt med SPOT Tydliga rutiner om prio av inläggande patienter Tydlig process om "akut" utskrivning av pat Använda rutin "lära dörrna på" Fortsatt arb. med flödesmöte (möte 3ggr/ve och vpl)
13	R11 Risk att patienten svårare slutenvård pga. geografiskt avstånd	P		x				
14	R12 Risk att vårdavdelning blir mer svårhanterlig med blandade diagnoser	P			x			
15	R13 Risk att patienter inte får rätt information om var de ska söka vård	P		x				BI - SI patienter behöver extra info
16	R14 Risk att kommunikation mellan Öppen- och slutenvårdsenheter utökas	P				x		Uppföljning via Life Care Bättre vårdplanering Insatser kring kommunikation
17	R15 Risk utifrån barn-perspektivet: Att patienter (i länsdel) som idag har svårare hem på permissioner ej har samma möjlighet till vardaglig kontakt. Även längre för anhöriga att besöka.	P	Påverkad social kontakt Närstående medverkan kan påverkas		x			
18	R16 Risk för felriktigering som leder till överbeläggning	P				x		Utveckla rutiner för vilka som ska till SLV/ÖVP/SPOT
19	R17 Risk för "längre" avstånd mellan verksamhet och kommun i länsdel. Risk att den lokala kännedom som finns i länsdel, med kommunen, blir förlorad.	P	Vårdnivån styr		x			
20	R18 Risker i samband med transporter. Ex för patienter ifrån somatisk vård där en suicidrisksbedömning ska göras	P					x	
21	R19 Risk för att patienter saknar trygghet, familjen kan inte hålla på då det är längre avstånd	P					x	
22	Vad innebär det att utveckla konceptet Brukarstyrd inläggning (BI) till Självvald inläggning (SI)?							
23	R20 Risk för att tappa medarbetare med viktig kompetens som i dag jobbar med BI-platser.	A				x		Kompetensöverföring, introduktion
24	R21 Risk att patienter inte söker vård i tid utan blir större innan man söker vård rikt till slutenvård av BI i Karlskoga om heldygnsvård förflyttas till Örebro.	P/A	Leder till ökad belastning ÖVPV i KSG Not: BI platserna är till för länsdelens alla patienter			x		
25	R22 Risker om man har patienter som inte vill vara i Örebro då farhågan finns att det är en svår stämning där och man tycker det fungerar bra med BI platser i Karlskoga	P	Not: BI platserna är till för länsdelens alla patienter	x				
26	R23 Risk för att ÖppenVård tappas upparbetad kontakt med patienter med BI plats	P			x			
27	Vad innebär det att införa SPOT i flera delar av länet?							
28	R24 Risk med förflyttning av kompetens medarbetare.	A		x				
29	R25 Risker med kombi och möjlig ökad risk för hot & våld	A				x		Kännedom runt enskilda patienter, hemmiljö, djur m.m. Utbildning kring bemötande, hot och våldssituationer, säkerhetsmedvetenhet, larm, rutiner, tillgänglig information och rutiner
30	R26 Risk att inte alla medarbetare har rätt kunskap om när och hur man ska använda sig av SPOT	A			x			
31	R27 Risk att SPOT blir för likt med kommunala insatser ex socialpsykiatri. Vi ger vård och behandling.	P/A		x				Tydlig med SPOT uppdraget
32	R28 Viktigt med en färdgrupp som utgörar rätt.	P/A	Riskvärdena					
33	R29 Risk att SPOT inte kompenseras för minskat antal vårdplatser	P/A	Riskvärdena IJP-psykiatrin Självsjukvård Självsjukvård Självsjukvård					Tydlig kring vårdnivån, uppföljning av beläggningsgrad, om patienter inom SPOT och BI får heldygnsvård om det finns behov, uppföljning svårigheter
34	R30 Risk att man inte hinner utbildas alla som behöver inom SPOT före genomförandet	P				x		
35	R31 Risk om patienterna inte har rätt information om vart de ska vända sig, söka vård.	P			x			Platser för att patienterna får rätt information om vart de ska vända sig. Viktigt med en bra plan.
36	R32 Risk att patient slutar hem och till SPOT fast den kanske inte är redo för detta.	P				x		Tydliga riktlinjer för SLV och SPOT Utvärdering och vårdplanering
37	R33 Risk för vissa patienter passar inte SPOT, då de behöver byta miljö för att komma på "rätt plats" igen.	P		x				

Bilaga 4 – Forskning och utbildning

Värdering av konsekvenser avseende forskningsuppdraget

Påverkas förutsättningarna för uppdraget som Universitetssjukvårdsenhet?

Enligt det nationella ALF-avtalet ska Universitetssjukvårdens kärnverksamheter, jämte hälso- och sjukvård, vara klinisk forskning och utbildning liksom kunskapstillämpning och kunskapsspridning för hälso- och sjukvårdens utveckling. Inom ramen för det övergripande universitetssjukvårdsuppdraget utses, i samverkan mellan region och universitet, vissa delar av verksamheten till universitetssjukvårdsenheter (USVE). Kriterier för USVE har fastställts av nationella styrgruppen för ALF och kompletterats med lokala kriterier. Kriterierna omfattar såväl strukturer som processer och resultat inom ledning, forskning, utbildning och utveckling. Socialstyrelsen bestämmer miniminivåer.

Område Psykiatri utgör en av 26, inom Region Örebro län, utsedda USVE, fastställda för perioden 220101-241231.

Bedömning: De föreslagna förändringarna bedöms inte ha någon negativ påverkan på förutsättningarna för uppdraget som USVE avseende forskning och utveckling (ev. påverkan avseende utbildning redovisas i separat bilaga från Utbildningscentrum).

Påverkas pågående uppdrag inom förenade anställningar?

En anställning som lärare, som är kombinerad med tjänstgöring som läkare eller annat legitimerat vårdyrke, är en *förenad anställning* för utbildning på grund- och avancerad nivå samt forskning vid Örebro universitet och med hälso- och sjukvårds-/kliniktjänstgöring inom Region Örebro län. I Strategi för klinisk forskning och Innovation, Region Örebro län 2019-2030, beskrivs en fortsatt utveckling av en sådan tjänstestruktur, i en med Örebro universitet gemensam ansats, som ett nödvändigt inslag i strävan mot stabilare förutsättningar för klinisk forskning och säkerställande av handledarkompetens. En sådan utveckling bedöms nödvändig också för samsyn mellan akademiska grund- och vidareutbildningar, den akademiska forskningen och hälso- och sjukvården.

I nuläget har en medarbetare inom verksamheten (läkare) s.k. förenad anställning enligt ovan. Ett kliniskt uppdrag med egna utmaningar, som dock inte berörs av föreslagna förändringar, förenas med ett omfattande utbildningsuppdrag och en aktiv forskning inkluderande flera huvud-, och bi-, handledarskap för doktorander med grundanställning i Region Örebro län. Forskningen ligger inom områden som inte direkt berörs av föreslagna förändringar.

Bedömning: De föreslagna förändringarna förväntas inte ha någon påverkan på uppdragen inom förenade anställningar.

Påverkas förutsättningarna för klinisk forskning?

Inom Region Örebro län sammanställs årligen vetenskaplig kompetens, aktivitet och produktion i s.k. forskningsbokslut. Forskningsbokslut 2023 omfattar, för Område Psykiatri, 19 personer med akademisk grad på minst doktorsnivå (11 disputerade, 6 docenter, 2 professorer) samt 9 doktorander. Under året har medarbetare inom området varit delaktiga i 27 vetenskapliga publikationer (artiklar i vetenskapliga tidskrifter med refereegranskning). Drygt 30 forskningsprojekt i olika faser och med olika inriktningar, design och metod listas.

Verksamhetens egen bedömning är att ingen i nuläget pågående forskning direkt berörs av de föreslagna förändringarna. Däremot ser man nya forskningsmöjligheter i anslutning till den fortsatta utvecklingen av SPOT (samarbete och planering inledd) liksom i anslutning till införandet av Självvald inläggning (ännu ingen plan för detta).

Den planerade forskningsansatsen i anslutning till den fortsatta utvecklingen av SPOT avser att beakta såväl brukar- och närståendeperspektiv som vårdpersonalens intryck samt aspekter avseende resursförbrukning.

Bedömning: Övergripande förutsättningar för klinisk forskning bedöms inte påverkas av de föreslagna förändringarna. Övergående störningar orsakade av strukturella förändringar kan dock inte uteslutas. Förutsatt fortsatt hög observans på och tillvaratagande av tillkommande forskningsmöjligheter i anslutning till planering och genomförande av förändringar kan även positiva effekter för klinisk forskning förväntas. Att den fortsatta utvecklingen av SPOT beforskas enligt ovan är angeläget då det hittillsvarande evidensläget för den nya vårdformen är begränsat.

Påverkas möjligheterna att inkludera patienter i forskningsprojekt?

Inklusion av patienter i forskningsprojekt kan ske på flera olika sätt beroende på forskningens syfte, frågeställning och metod. Ett sätt är inklusion direkt i/via berörd verksamhet och/eller motsvarande verksamheter inom andra huvudmannaområden, medan andra mer indirekta vägar kan vara via 1177, annonsering via press/sociala medier eller genom t.ex. patientföreningar.

Bedömning: De föreslagna förändringarna bedöms inte ha någon betydande eller varaktig påverkan på möjligheten att inkludera patienter i forskningsprojekt. Dock kan erforderliga omprioriteringar under omställningsarbetet innebära att personella resurser för inklusion av patienter till forskning, inte kan göras tillgängliga i avsedd omfattning.

Nuvarande och kommande utbildningsuppdrag inom område psykiatri

Grund- och specialistutbildningar

Yrkesutbildning (längd)	VFU i ROL 2024 (v/student)	VFU i ROL från 2027 (v/student)	VFU i område Psykiatri 2024 (v/student)	VFU i område Psykiatri från 2027 (v/student)
Läkare (6 år)	70	84	7	11
Sjuksköterska (3 år)	20	27	3	5
Spec. sjuksköterska Psykiatri	10	10	10	10
Psykolog (5 år)	15	15	Ej obl.	Ej obl.
HoS-kurator (1 år)	7.5	7.5	7.5	7.5
Undersköterska	5	5	2	2
Spec. undersköterska Psykiatri	4	4	4	4

Tabell 2. Nuvarande och kommande behov av antal utbildningsveckor inom område Psykiatri för aktuella grund- och specialistutbildningar (grön = beslutad utökning av VFU).

Konsekvenser för Läkarprogrammet (ORU)

- ✓ VFU-strukturen för läkarprogrammet är under förändring med anledning av ny utbildningsplan sedan 2021. Nya utbildningen är 12 terminer och terminerna utnyttjas i större utsträckning för VFU. Placeringar inom område psykiatri infaller på termin 9 och 12. Antalet läkarstudenter som behöver placeras i område psykiatri kommer att öka från 2027.
- ✓ Kursmål för läkarstudenter under termin 9 och 12 kräver placering inom såväl öppen- som heldygnsvård och redan i dagsläget finns en "utbildningsträngsel" på de avdelningar som handleder läkarstudenter.
- ✓ All VFU i heldygnsvård kommer att behöva permanent centraliseras till Örebro. Lokal- och handledningskapacitet på de avdelningar som får ett utökat utbildningsuppdrag för läkarstudenter behöver ses över och dimensioneras för att klara uppdraget.
- ✓ Om lokal- och handledningskapacitet kan säkras behöver föreslaget inte väsentligt påverka avtalat antal läkarstudenter som kan genomföra sin VFU i regionen.
- ✓ Det är relevant för läkarstudenter att introduceras och få auskultera i den vårdnivå som bemannas av SPOT. Kursmål kopplade till omställning till sk. "Nära vård" kommer att införas under termin 12 för läkarstudenter och denna vårdform bedöms kunna ingå där tillsammans med ett flertal andra exempel på mobila team/hemsjukvård i regionen.

- ✓ SPOT behöver bemannas så att handledningskompetens och –kapacitet för läkarstudenter säkras inom teamen.

Konsekvenser för Sjuksköterskeprogrammet (ORU)

- ✓ Med start från höstterminen 2027 kommer sjuksköterskestudenter att placeras inom område Psykiatri under totalt 3x5 veckor per termin, till skillnad mot dagens 2x3 veckor per termin. Det blir dock färre studenter vid varje placering vilket möjliggör ökad flexibilitet.
- ✓ SPOT behöver bemannas så att handledningskompetens och –kapacitet för sjuksköterskestudenter säkras inom teamen. Viktigt att VFU för studenterna introduceras i denna vårdform i nära samråd med kursansvariga vid lärosätet så att kursmål och campusförlagda VFU-förberedelser kopplas till den nya vårdformen.
- ✓ Under förutsättning att utbildningsuppdrag för sjuksköterskestudenter även kan förläggas till SPOT så bedöms föreslagen omfördelningen av heldygnsvård inte väsentligt påverka regionens avtalade antal VFU-platser för denna studentgrupp.

NB; Dimensionering och fördelning av heldygnsvård i Örebro är ej fastställd vid vår genomlysning av konsekvenser för utbildningsuppdragen.

Konsekvenser för Specialistsjuksköterskeprogram inriktning psykiatri (Linköpings Universitet)

- ✓ I de fall som ett SPO-team innehåller sjuksköterska med specialistkompetens inom psykiatri kan längre placering av student på specialistprogram vara aktuellt. I övriga team bör kortare auskultation ingå och studenten handleds då av leg. sjuksköterska i teamet.
- ✓ Viktigt att denna studentgrupp introduceras till denna vårdform i samråd med lärosätet (Linköpings universitet).
- ✓ Eftersom VFU för sjuksköterskestudenter på grundutbildningen läggs om enligt ovan så kommer vi se en större överlappning med VFU för specialiststudenterna. För att undvika utbildningsträngsel på avdelningsplaceringar betonas igen behovet av att lokal- och handledningskapacitet ses över på de avdelningar som förväntas få ett ökat utbildningsuppdrag.

NB; Dimensionering och fördelning av heldygnsvård i Örebro är ej fastställd vid vår genomlysning av konsekvenser för utbildningsuppdragen.

Konsekvenser för Psykologprogrammet (ORU)

Regionanställda psykologer kommer enligt uppgift inte att delta eller samverka nära SPO-teamen och tjänstgör inte inom heldygnsvård.Handledning och placering av psykologstudenter förväntas därför inte påverkas väsentligt av införande av SPOT eller omfördelning av platser för heldygnsvård.

Konsekvenser för Hälso- och sjukvårdskuratorsprogram (ORU)

Regionanställda kuratorer kommer inte att delta eller samverka nära SPO-teamen. Handledning och placering av studenter på hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet förväntas därför inte påverkas väsentligt av införande av SPOT eller omfördelning av platser för heldygnsvård.

Konsekvenser för Undersköterskeutbildning

- ✓ SPOT behöver bemannas så att handledningskompetens och –kapacitet för undersköterskeelever säkras inom teamen. Viktigt att arbetsplatsförlagt lärande (APL) för eleverna introduceras i denna vårdform i samråd utbildningsgivare så att deras APL-förberedelser kan kopplas till den nya vårdformen.
- ✓ Under förutsättning att utbildningsuppdrag för undersköterskeelever förläggas även till SPOT så bedöms föreslagen omfördelningen av platser för heldygnsvård inte väsentligt påverka nuvarande antal APL-platser för denna elevgrupp.
- ✓ Behovet av APL-platser för blivande undersköterskor kommer att öka då ändringar i utbildningen ställer ökade krav på praktik inom psykiatrisk vård.

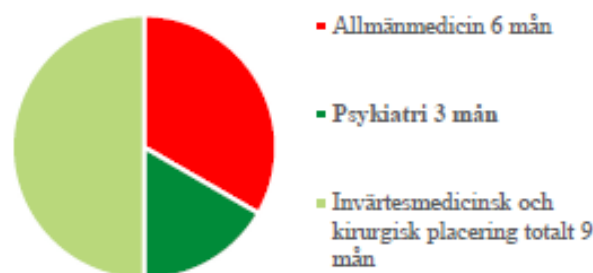
NB; Dimensionering och fördelning av heldygnsvård i Örebro är dock ej helt fastställd vid vår genomlysning av konsekvenser för utbildningsuppdragen.

Konsekvenser för Spec. undersköterskeutbildning inriktning Psykiatri

- ✓ Se synpunkter ovan

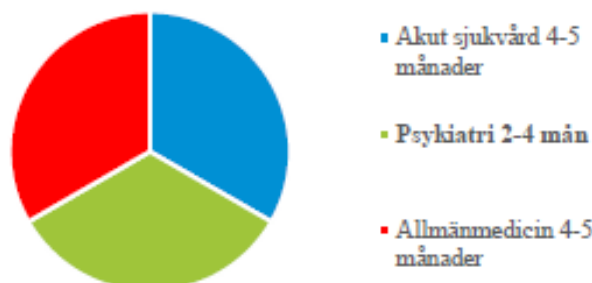
Utbildningstjänster för läkare och psykologer (AT, BT, PTP)

Läkare med examen från tidigare 5.5-årig svensk grundutbildning behöver genomföra allmäntjänstgöring (AT) för att erhålla yrkeslegitimation från Socialstyrelsen. Tjänstgöringstid inom psykiatrisk specialitet under AT är minst 3 månader. Vårterminen 2027 examineras de första studentkullarna från en ny svensk läkarutbildning. Läkarexamen blir då legitimeringsgrundande och behovet av AT-tjänster kommer då successivt att avta för att sedan försvinna helt cirka 2030.



Figur 4. Översikt över klinisk tjänstgöring i Region Örebro län för AT-läkare.

I nya ST-förordningen (2021) som reglerar läkares specialistutbildning finns däremot krav på klinisk tjänstgöring i form av bastjänstgöring (BT) med normtid 12 månader. Under bastjänstgöringen ingår inte formellt krav på placering inom psykiatri. Målbeskrivningen omfattar dock lärandemål som inte säkert kan uppfyllas inom andra placeringar. I Region Örebro län ingår därför 2-4 månaders placering i psykiatrisk specialitet under BT.



Figur 5. Översikt över klinisk tjänstgöring i Region Örebro län för BT-läkare.

För placering av AT-/BT-läkare krävs en fast bemanning av specialister i psykiatri och att planerad handledning genomförs och dokumenteras. Om en verksamhet inte kan säkerställa tillgång till introduktion, handledning och kollegialt stöd får AT/BT-läkare inte placeras i verksamheten. Motsvarande kvalitetskriterier finns vid tillsättning av PTP-tjänster i en verksamhet.

Verksamhet	Antal veckor för AT-läkare 2024	Antal veckor för BT-läkare 2024	Kommentar
Allmänpsykiatri slutenvård	205	70	
Allmänpsykiatri öppenvård	171	70	
Beroendevård	102	40	
Psykosvård	49	40	
Rättspsykiatri	-	-	Har ingen AT/BT-utbildning i nuläget
Barn- och ungdomspsykiatri	37	20	Oförändrat antal platser för heldygnsvård enligt förslag
Totalt			

Tabell 2. Översikt över antal utbildningsläkare (AT/BT) med planerad tjänstgöring inom område Psykiatri 2024.

Konsekvenser för utbildning av AT-läkare

- ✓ Placering av AT-läkare i psykiatrisk heldygnsvård kommer att behöva permanent centraliseras till verksamheterna i Örebro om föreslagen omfördelning beslutas. Redan idag beskrivs "utbildningsträngsel" vid placeringar inom psykiatrisk heldygnsvård.
- ✓ Lokal- och handledningskapacitet på de avdelningar som får ett utökat utbildningsuppdrag för AT-läkare behöver säkerställas i de aktuella verksamheterna.
- ✓ AT-läkare har inte yrkeslegitimation och är anställda på särskilt förordnande. De bedöms därför inte kunna fungera som ansvarig läkare i ett SPOT-team.
- ✓ Det är dock relevant för AT-läkare att introduceras och auskultera i den vårdnivå som bemannas av SPOT. Under handledning av teamets läkare bör AT-läkare kunna auskultera i denna verksamhet.
- ✓ AT-tjänsten kommer att avvecklas i Sverige mellan 2027-2030. Konsekvenser för just denna grupp medarbetare är därför förhållandevis kortvariga.

Konsekvenser för utbildning av BT-läkare

- ✓ BT-läkares kompetensmål inom psykiatri skiljer sig från AT-läkares och målen kan sannolikt uppnås inom såväl öppen- som heldygnsvård förutsatt jourtjänstgöring i tillräcklig omfattning. Krav på handledning och bemanning med specialist enligt ovan gäller även vid placering av BT-läkare i verksamheten.
- ✓ BT-läkare har yrkeslegitimation men är tom 2027 utlandsutbildade och har ofta begränsad erfarenhet av klinisk tjänstgöring. Placeringen inom psykiatrisk vård är förhållandevis kort (2-4 månader). Individuell bedömning av BT-läkares kompetensnivå kommer att krävas för att avgöra om aktuell BT-läkare kan fungera som läkarresurs i ett SPO-team.
- ✓ Från hösten 2027 kommer efterfrågan på tjänster för BT-läkare i regionen att öka. Om område psykiatri kan erbjuda attraktiva placeringar och integrerad BT (del i ST-tjänst) ökar sannolikt chansen att rekrytera ST-läkare till specialiteten.

Konsekvenser vid tillsättning av PTP-tjänster

- ✓ Regionanställda psykologer kommer inte att delta eller samverka nära SPO-teamen.Handledning och anställning av PTP-psykologer förväntas därför inte påverkas väsentligt av införande av SPOT eller omfördelning av platser för heldygnsvård.

Sammanfattning från Forskning och utbildning

Sammanfattning

De föreslagna förändringarna förväntas inte ha någon påverkan på förutsättningarna för uppdraget som Universitetssjukvårdsenhet avseende forskning och utveckling eller på uppdragen inom förenade anställningar. Konsekvenser för utbildning inom uppdraget som Universitetssjukvårdsenhet redovisas i separat bilaga från Utbildningscentrum.

Ingen övergripande, betydande eller varaktig, påverkan förväntas avseende förutsättningarna för klinisk forskning eller möjligheten att inkludera patienter i forskning.

Övergående störningar av forskningsuppdraget, till följd av strukturella förändringar eller erforderliga omprioriteringar under omställningsarbetet, kan dock inte uteslutas.

Då evidensläget avseende den nya vårdformen med SpecialistPsykiatriska OmvårdnadsTeam är begränsat bedöms det planerade tillvaratagandet av nya forskningsmöjligheter kopplade till den utvecklingen som angeläget.

Sammanfattning

I takt med att nya vårdformer införs som led i hälso- och sjukvårdens omställning till "Nära vård" behöver även utbildningsuppdraget utvecklas och integreras i dessa nya vårdformer. Kunskapsmål inom psykiatrisk vård är obligatoriska för ett flertal utbildningar och behovet av utbildningsplatser är i dagsläget redan större än tillgången. Brist på utbildningsplatser och handledarkompetens riskerar att utgöra en flaskhals för klinisk utbildning av såväl studenter som utbildningsläkare och därigenom försvåra regionens kompetensförsörjning. God framförhållning och aktiv samverkan mellan verksamheter och regionens övergripande utbildningsorganisation krävs för att optimera förutsättningar för klinisk utbildning inom område psykiatri.

- Föreslagen omfördelning av vårduppdrag i länet innebär att nuvarande utbildningsuppdrag kopplat till heldygnsvård permanent behöver flyttas till verksamheter i Örebro. Lokalytor och handledningskapacitet för studenter/AT/BT-läkare behöver därför optimeras på mottagningar/avdelningar som förväntas hantera ett större utbildningsuppdrag.
- Rutiner för introduktion och klinisk handledning av studenter, elever och utbildningsläkare inom ramen för SPOT behöver tas fram i berörda verksamheter.
- Innehåll och formerna för klinisk utbildning i en ny vårdform bör alltid etableras i samråd med utbildningsansvariga vid lärosäten/skolor. Utbildningscentrum organiserar regionens utbildningssamverkan och förslagsvis kan inledande information om införande av SPOT förmedlas till Örebro och Linköpings universitet samt till Vård och omsorgscollege via utbildningscentrums etablerade samverkansforum under hösten 2024.

Bilaga 5 – Ekonomi

Färdplansuppdrag:		
Ekonomisk effekt av		
- SPOT Allmänpsykiatri i hela länet (Lindesberg infört HT 23, Karlskoga HT 24, Örebro Söder VT 25)		
- Utökning vpl örebro		
- SPOT Psykos (HT 24)		
- SPOT Beroende (VT 25)		
- SI-platser		
Personal		-
Lokaler	2 400	
Övriga kostnader (främst städ & patientkost)	1 200	
Besparing tkr	3 600	
PERSONAL		
Ingen besparing på bemanning identifieras, eventuellt på lång sikt		-
HYRA		
SPOT Lindesberg & Karlskoga - minska behov av lokalyta		2 400
- 20% uppskattat i samråd med Fysiska vårdmiljöer		
ÖVRIGA KOSTNADER		
Minskade städkostnader		500
- 20% likt hyran		
Minskade kostnader för patientkost, läkemedel mm		700
- Uppskattning utifrån kända faktorer SPOT Linde samt vpl generell		
INTÄKTER		
Bedöms ej bli någon väsentlig skillnad utifrån ungefär samma patientunderlag		-