



Region
Västernorrland

Västerbottens
läns landsting



REGION
NORRBOTTEN

Dnr 084/18

Regionalt programområde för psykisk hälsa i norra hälso- och sjukvårdsregionen

Projektrapport 2018-05-07

Håkan Gadd

Christina Wennberg-Granberg

Innehåll

1. Uppdraget från NRF	4
1.1 Projektdirektiv.....	4
1.2 Utförande	4
2. Nationellt system för kunskapstyrning	5
2.1 Nationell struktur	5
2.2 Nationellt programområde	6
2.3 Nationellt programområde psykisk hälsa.....	6
2.3.2 Vård och insatsprogram	7
2.4 Regionalt programområde.....	7
2.5 Psykiatriöverenskommelser	8
2.5.1 Avtal med landsting/regioner.....	8
2.6 Kommentar.....	8
3. Norra regionen	9
3.1 Landsting.....	9
3.1.1 Region Jämtland Härjedalen.....	9
3.1.2 Region Norrbotten.....	9
3.1.3 Region Västernorrland.....	9
3.1.4 Västerbottens läns landsting	10
3.2 Kommunerna.....	10
3.2.1 Jämtlands län	10
3.2.2 Norrbottens län	10
3.2.3 Västernorrlands län	11
3.2.4 Västerbottens län	11
3.3 Samverkan i Jämtlands län.....	12
3.3 Samverkan i Norrbottens län.....	13
3.4 Samverkan i Västerbottens län.....	14
3.5 Samverkan i Västernorrlands län	15
3.6 Anhöriga och patienter.....	15
4. Resultat.....	17
4.1 Intervjuer med nyckelpersoner.....	17
4.2 Kunskapsstöd – Vård och insatsprogram (VIP).....	17
4.3 Uppföljning och utvärdering	18
4.4 Utveckling.....	18
4.5 Chefsstöd.....	18
4.6 Övergripande.....	19

4.6.1	Trovärdighet till systemet.....	19
4.6.2	Styrning av systemet	19
4.6.3	Delaktighet	20
4.7	Finansiering.....	20
4.8	Organisation	20
5.	Slutsatser och förslag	22
5.1	Utformning av uppdrag	22
5.1.1	Förslag	23
5.2	Strategier och arbetsmetoder.....	23
5.3	Styrgrupp.....	24
5.3.1	Förslag	24
5.4	Samverkan med brukare och anhöriga.....	24
5.4.1	Förslag	25
5.5	Förslag till organisering och bemanning.....	25
5.5.1	Spridd organisation.....	25
5.5.2	Organisation för processledare	26
5.5.3	Förslag till alternativ organisering.....	27
5.5.4	Kommentar	27
5.6	Finansiering.....	28
5.6.1	Förslag	29
6.	Risikanalys	30
7.	Bilagor.....	31

1. Uppdraget från NRF

Bakgrunden till uppdraget från Norrlandstingens regionförbund (NRF) är landstingens beslut att utveckla en nationell struktur för kunskapsspridning och kunskapsutveckling samt utveckla regionala programområden¹, tidigare benämnt RCPH Resurscentra för psykisk hälsa, med särskilda utvecklingsresurser för psykisk hälsa i alla hälso- och sjukvårdsregioner². Landstingen i norr har beslutat att NRF ska förfoga över de statliga medel som ska användas för utveckling av programområdet. Ledningen för NRF har därefter beslutat att driva ett etableringsprojekt.

1.1 Projektdirektiv

I startbeslutet anges att syftet med etableringsprojektet är att skapa nödvändiga förutsättningar för ett fungerande regionalt programområde (RPO) och att det kan ligga till grund för ett beslut om start i reguljär drift. Projektiden angavs till oktober 2017 till april 2018. En styrgrupp med representanter för psykiatri, primärvård och kommunernas regionala stöd- och samverkansstrukturer samt brukare har till uppgift att följa projektets progress. Projektet ska ledas av två projektledare på deltid.

1.2 Utförande

I projektplanen framgår att etableringsprojektet ska klargöra möjligheter, hinder och utvecklingsområden för att möjliggöra beslut för en etablering av ett fungerande RPO i norra regionen. Inom ramen för projektet ska ett antal övergripande frågeställningar besvaras och förslag presenteras med konsekvensbeskrivning för att möjliggöra ett RPO i norr. Övergripande och regionalt anpassade frågor som etableringsprojektet ska klargöra:

- Förslag till uppdrag, det vill säga vilket ansvar och vilka aktiviteter ska ett RPO Norr uppfylla inom områdena kunskapsstöd, uppföljning, utvecklingsarbete och chefsstöd.
- Kartläggning av samverkans- och nätverksstrukturer samt nyckelpositioner i norra regionen.
- Förslag till styrgrupp för ett etablerat RPO
- Förslag till hur samverkan med brukare/patienter ska se ut
- Förslag till bemanning av RPO
- Förslag till kommunikation till och från RPO samt inom nätverken
- Förslag till lokalisering av RPO
- Förslag till långsiktig finansiering
- En samlad konsekvensanalys ska göras av verksamhet i ett etablerat RPO

Projektet ska även klargöra vilken roll ett RPO Norr får i strukturerna för kunskapsstyrning (NSK och hälso- och sjukvårdens nya struktur) och i förhållande till övriga resurscentrum i Sverige.

Genomförandet av projektet har bestått av tre delar. Sveriges kommuner och landsting har utfört en kartläggning av resurser inom olika kompetensområden och genomfört en workshop.

Intervjuer av nyckelpersoner³ i de fyra länen har gjorts av projektledarna. Intervjuerna har utgått från de kompetensområden som definierades i SKL:s kartläggning. Totalt har ett 40-tal intervjuer genomförts.

¹ I den nationella strukturen finns regionala programområden inom varje nationellt programområde. Resurscentrumet är en del av det regionala programområdet. Begreppet resurscentrum RCPH återfinns i psykiatriöverenskommelsen, men inte i systemet för kunskapsstyrning. I rapporten används begreppet regionalt programområde, RPO, eftersom systemets styrgrupp beslutat att det sak benämnas så.

² När det i texten talas om regional nivå avses den norra hälso- och sjukvårdsregionen som består av de fyra nordliga länen, Jämtland, Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland. När det i texten talas om lokal nivå avses länsnivå eller i några fall den enskilda kommunen.

³ Förteckning över intervjuade finns i bilaga 1.

Den avslutande delen i insamlingen av fakta och synpunkter har varit fördjupande workshops i varje län. Vid varje workshop har ett 20-tal deltagare⁴ från landsting och kommuner deltagit. Syftet med workshops har varit att bidra till att sprida och fördjupa kunskap och syfte med nationellt- och regionalt programområde samt diskutera möjligheter och utvecklingsområden kring den samverkansstruktur som finns i respektive län. Under projektiden har projektledarna även deltagit i möten med processledare från övriga hälso- och sjukvårdsregioner, haft möten med regionalt cancercentrum i norr och registercentrum i norr samt tagit del av Socialstyrelsens utvärdering av satsningen på cancercentrum.

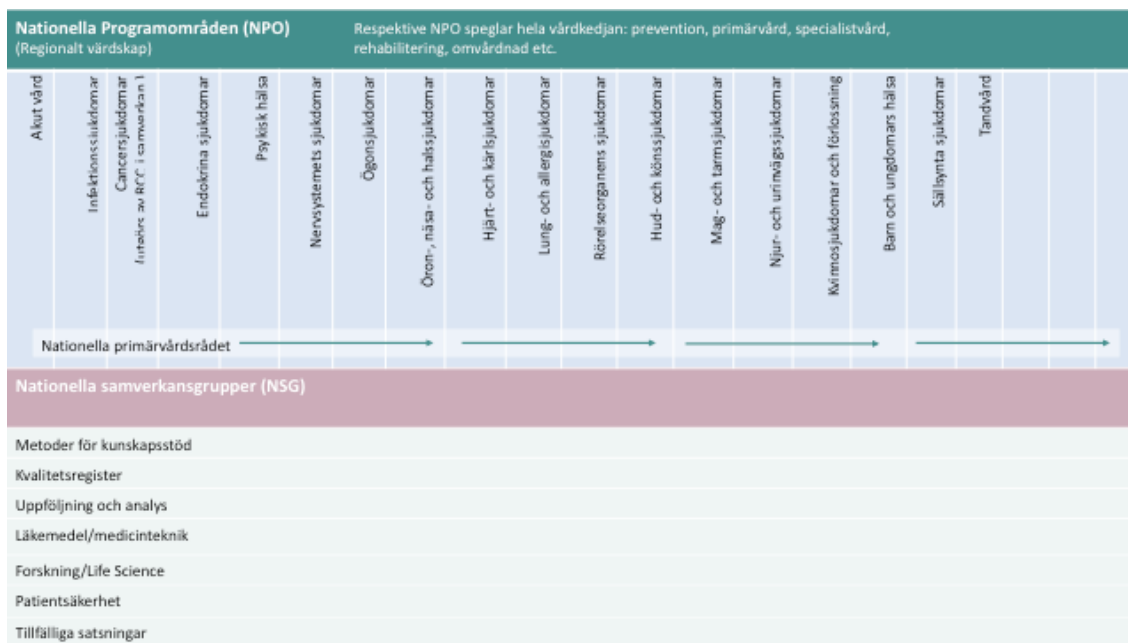
2. Nationellt system för kunskapsstyrning

2.1 Nationell struktur

Bakgrunden till det nationella systemet var resultatet av en utvärdering av den nationella programrådsstrukturen under ledning av nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning (NSK och NSK-region) som konstaterade ett behov av ökad samordning. Landsting och regioner beslutade under 2016 att etablera en gemensam struktur för kunskapsstyrning och lät utreda hur en sådan organisation skulle fungera. Under våren 2017 beslutade SKL:s förbundsstyrelse att rekommendera landsting och regioner att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning. Beslutet innebar att huvudmännen skulle åta sig att etablera en organisation för genomförandet, avsätta resurser och göra de ändringar som krävs regionalt och lokalt för genomförandet.

Organisationen för genomförandet bygger på representation av experter från de sex hälso- och sjukvårdsregionerna. En styrgrupp leder arbetet med genomförandet och en beredningsgrupp (NSK) förbereder ärenden till styrgruppen.

Den nationella strukturen har delats in i nationella programområden med utgångspunkt i ICD-10-SE (internationellt klassifikationssystem för sjukdomar) och utifrån organisatorisk karaktär. Antalet programområden kan komma att utökas och i vissa fall ska beslut om tillhörighet för områdesövergripande områden fattas. Bilden nedan visar organisationen i mars 2018.



⁴ Deltagare i de fyra workshops finns i bilaga 2.

Landstingens och regionernas system är tänkt att vara ett första steg mot ett nationellt system som även omfattar kommunerna och staten. I beslutsunderlaget⁵ framgår att dialog pågår för att hitta former för kopplingen till det gemensamma arbetet med kommunerna. Systemet innehåller nationella samverkansgrupper för olika områden som ska understödja de nationella programområdena genom att samordna frågor på nationell nivå så att kunskapsstyrningen underlättas så mycket som möjligt. Samverkansgrupperna bygger också på regional representation, men kan knyta till sig experter från andra organisationer.

2.2 Nationellt programområde

Nationella programområden har till uppdrag;

- att genomföra behovs- och gapanalyser och på basis av dessa presentera prioriterade förslag till åtgärder,
- att utse nationella arbetsgrupper (NAG),
- att bevaka omvärlden,
- att utarbeta kunskapsstöd för jämlik hälsa och vårdbehandlings-rekommendationer samt standardiserade vårdförlopp,
- att arbeta med frågor kopplade till kvalitetsregistren inom programområdet,
- att säkerställa ett ordnat införande/ordnad utfasning av åtgärder,
- att kartlägga programområdet för att undersöka i vilken mån det går att nivåstrukturera,
- att bidra i nationella arbeten med statliga satsningar,
- att samverka med myndigheter inom det aktuella programområdet och delta i arbeten kring annat t.ex. e-hälsa etc.

Systemet bygger på en princip om regionalt värdskap vilket innebär att varje hälso- och sjukvårdsregion förväntas bli värd för två till tre nationella programområden. Ordföranden i programområdet blir den expert vars region är värd. Till varje programområde ska det finnas stöd i form av processledare som tillsätts och finansieras av värdregionen. För de programområden⁶ som har statliga stimulansmedel är SKL tillsvidare värd.

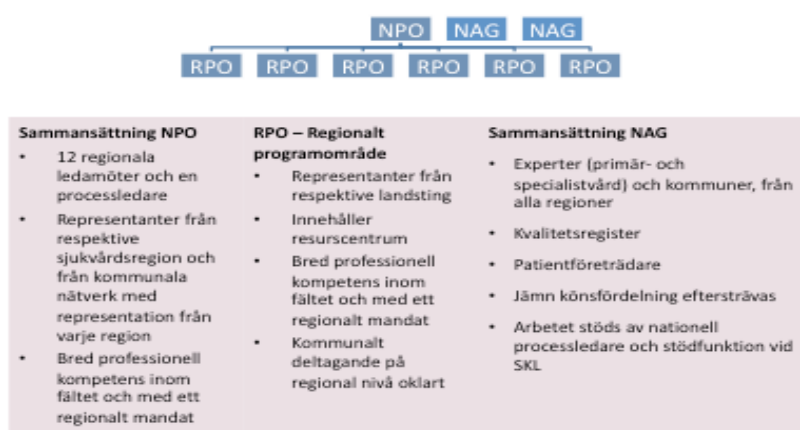
2.3 Nationellt programområde psykisk hälsa

Programområdet (se figur nedan) startades i juni 2017 och skiljer sig från övriga programområden genom att representanter för kommuner ingår i programrådets ledningsgrupp. Sammansättningen i ledningsgruppen skiljer sig också jämfört med övriga igångsatta områden genom att ledamöterna kommer från olika chefsnätverk. Den expertprincip som systemet ska ha är inte lika tydlig inom området psykisk hälsa. Verksamheten i programområdet har inriktats på att starta nationella arbetsgrupper och få hälso- och sjukvårdsregionerna att formera regionala programområden. SKL:s organisation ”Uppdrag Psykisk hälsa” utgör kanslifunktion på nationell nivå till programområdet.

⁵ 2017-02-23, Etableringen av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård. Med sikte mot ett gemensamt nationellt system. Dnr 15/06658. Sveriges Kommuner och Landsting

⁶ SKL var i april 2018 värd för NPO psykisk hälsa, NPO Kvinnosjukdomar och förlossning och NPO Cancersjukdomar

Nationellt programområde psykisk hälsa



2.3.2 Vård och insatsprogram

De kunskapsunderlag som ska utarbetas inom programområdet benämns vård- och insatsprogram (VIP). Programmen ska omfatta alla aktörer i en vårdkedja. Ledningsgruppen har beslutat att VIP ska utarbetas för områdena, schizofreni, ADHD, missbruk och beroende, självskada, och för ångest och depression. Ambitionen är att beslutade områden ska vara påbörjade under 2018. Arbetet ska följa en fastställd arbetsordning som innebär att ett kansliutkast utarbetas av en nationell processledare och som utvecklas av en nationell arbetsgrupp med representation från kommun och landsting från de sex regionerna. Till arbetsgruppen adjungeras även experter. Arbetsprocessen beräknas ta ca 12 månader. Förutom kunskapsunderlaget ska förslag till spridningsplan och nationella indikatorer tas fram. Arbetsgruppen ska förbereda underlaget för införande tillsammans med kommunikations- och implementationsansvariga vid RPO.

2.4 Regionalt programområde

Ett regionalt programområde har i uppdrag;

- att genomföra behovsinventering och bidra till nationella programområdets behovsanalys och omvärldsbevakning,
- att initiera frågor för nationell samverkan,
- att skapa regionala tillämpningar av nationella kunskapsunderlag och beslutsstöd,
- att ta emot, anpassa och omsätta nationell kunskap för att det ska nå ut till patientmötet,
- att stödja spridning och implementering av bästa möjliga tillgängliga kunskap,
- att integrera och skapa förutsättningar för de nationella kvalitetsregistren som en del av kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården,
- att samverka med regional registercentrum-organisation,
- att genomföra specifika regionala uppdrag.

Det regionala programområdet leds av en styrgrupp och till sitt förfogande vissa kansliresurser. Programområdet utför sina uppgifter på regionnivå, dvs. övergripande för den norra hälso- och sjukvårdsregionen.

2.5 Psykiatriöverenskommelser

Staten och SKL har under en rad år träffat överenskommelser om insatser inom området psykisk hälsa. I överenskommelsen för 2017 avsattes 45 miljoner kronor för uppbyggnad av regionala programområden. Syftet med medlen var att stödja uppbyggnaden av RPO i varje hälso- och sjukvårdsregion. Satsningen utgick från behovet av att utveckla kunskapsutveckling och kunskapsspridning inom området psykisk hälsa och ohälsa. Medlen var villkorade med att minst 10 miljoner kronor skulle användas för att stärka samverkan mellan RPO och kommunerna. I överenskommelsen pekades tre områden ut som viktiga för centrumen att arbeta med

- första linjens vård
- primärvårdens möjlighet att tidigt och effektivt möta psykisk ohälsa och förebygga och främja psykisk hälsa samt;
- gränssnittet och samarbetet mellan olika aktörer och vårdgivare

I 2018 års överenskommelse finns 10 miljoner kronor till utveckling av RPO. Av medlen ska minst 2 miljoner kronor gå till att stärka kommunernas deltagande. Uppbyggnaden ska ske i nära samverkan med landsting/kommuner och berörda myndigheter, i första hand Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. I överenskommelsen klargörs ytterligare ändamålet med satsningen på en struktur för kunskapsspridning och kunskapsutveckling med att den ska förbättra arbetet med implementering och medverka till en ändamålsenlig uppföljning lokalt och regionalt. Syftet med strukturen är att nå ökad vårdkvalitet och förbättrade vårdresultat och ett effektivt nyttjande av resurser i landsting och kommuner inom området psykisk hälsa och ohälsa. SKL ska leda ett arbete med att utarbeta kriterier som RPO ska arbeta mot.

2.5.1 Avtal med landsting/regioner

I samband med överenskommelsen 2017 tecknades avtal mellan SKL och landstingen/regionerna om etablering av RPO. Utöver vad som angetts i överenskommelsen om uppgifter för ett RPO angavs även att ett strategiskt förbättringsarbete ska bedrivas och att ha gemensamma strategier för kunskapsutveckling. Målen som angavs var att satsningen ska ge minskad psykisk ohälsa och ökad jämlikhet i befolkningen vad gäller psykisk hälsa samt stärka kunskapsutbytet genom följsamhet till nationella kunskapsunderlag och uppföljning av resultat på alla nivåer och i alla berörda verksamheter. Landstingen åtar sig bland annat att skapa en organisation som fungerar med den nationella strukturen och med kommunernas stödstrukturer⁷.

2.6 Kommentarer

Tre dokument anger riktning och uppgifter för RPO, men kan även tolkas som avgränsningar. Fokusområden ger vägledning till med vilken kompetens RPO ska bemannas. De som anges är: första linjens vård och primärvårdens möjlighet att tidigt och effektivt möta psykisk ohälsa och förebygga och främja psykisk hälsa samt; gränssnittet och samarbetet mellan olika aktörer och vårdgivare, strategiskt förbättringsarbete, kunskapsutveckling, implementering, ändamålsenlig uppföljning på regional och lokal nivå, behovsanalys och omvärldsbevakning. Uppdraget om kunskapsutveckling torde handla om samarbete med akademien. Utifrån angivna mål och fokusområden kan konstateras att ett RPO kommer arbeta mycket med att samla in data och sammanställa dessa och behöver ha en organisation som stödjer det.

⁷ I varje län har kommunerna samlat stödfunktioner inom olika områden, bland annat social välfärd, i ett kommunförbund eller motsvarande. Dessa strukturer brukar benämnas regionala stöd- och samverkansstrukturer (RSS).

3. Norra regionen

Den norra hälso- och sjukvårdsregionen⁸ består av de fyra nordliga länen (Jämtland, Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland) och innehåller 44 kommuner och fyra landsting. Norrland är vidsträckt och har en areal på drygt 222 000 km² vilket motsvarar 55 % av Sveriges totala yta. Från Sveg i söder till Kiruna i norr, två orter med hälso- och sjukvårdsverksamhet, är det ca 100 mil, vilket nästan motsvarar avståndet mellan Trelleborg till Östersund.

Kommunstrukturen i Norrland har stor variation med Umeå (125 080 inv.) och Sundsvall (98 810 inv.) som det största tätorterna och Bjurholm (2451 inv.) och Sorsele (2516 inv.) som de minsta. Västerbottens län har den största skillnaden mellan små och stora kommuner, men även Norrbotten har stor variation. Jämtlands län skiljer sig jämfört med övriga län genom att bara ha en större tätort.

3.1 Landsting

I Norrland är landstingen de huvudsakliga vårdgivarna. Privata aktörer inom hälso- och sjukvård är huvudsakligen ett fåtal vårdcentraler. Hälsovalet inom primärvården är begränsat och ingen specialiserad psykiatri⁹ finns inom ramen för hälsovalet.

3.1.1 Region Jämtland Härjedalen

I Jämtland finns ett sjukhus beläget i Östersund. Hälso- och sjukvården är organiserad i en förvaltning med ett antal verksamhetsområden. Den specialiserade vuxenpsykiatrin finns endast i Östersund. Första linjens psykiatri upprätthålls av psykosociala enheter (PSE) vid ett antal hälsocentraler runt om i länet. PSE har psykolog, psykiatrisjuksköterska och kurator. Totalt finns 27 hälsocentraler i länet samt en särskild asylhälsa och några läkar- eller distriktssköterskemottagningar på mindre orter. Barn- och ungdomspsykiatrin reser ut i länet och kan därmed sägas ha första linjens psykiatri på flera platser i länet, medan specialiserad BUP-vård endast finns i Östersund. 347 personer arbetade 2017 med specialiserad psykiatri inom regionen.

3.1.2 Region Norrbotten

Region Norrbotten är organiserad i divisioner och närsjukvårdsområden. Specialistpsykiatrin för vuxna ingår i division Närsjukvård där även primärvården ingår, medan barn- och ungdomspsykiatrin ingår i division Länssjukvård. Utifrån geografisk hemvist ingår verksamheterna i något av närsjukvårdsområdena. Vuxenpsykiatri finns på tre platser i länet, Gällivare, Piteå, Sunderbyn och har ett upptagningsområde som omfattar kringliggande kommuner. Slutenvård för vuxna finns vid samtliga verksamheter. Vuxenpsykiatrin har dessutom en gemensam länsklirik för rättspsykiatri och vård för psykiskt långtidssjuka. Barn och ungdomspsykiatriska mottagningar finns inom närsjukvårdsområdena Gällivare-Kiruna, Luleå-boden och Piteå-Kalix. I länet finns 30 vårdcentraler.

3.1.3 Region Västernorrland

Vuxenpsykiatrin har specialistmottagningar i Sundsvall, Härnösand, Sollefteå, Kramfors och Örnsköldsvik. Slutenvård finns i Sundsvall och Örnsköldsvik. Barn- och ungdomspsykiatrin har mottagningar i Sundsvall, Härnösand, Sollefteå och Örnsköldsvik. Inom BUP finns ingen slutenvård. Totalt sett arbetar 779 anställda i specialiserad psykiatri. Specialistvården i

⁸ Befolkningsstatistik per den 171231 från SCB

⁹ Det finns enskilda psykiatriker

Västernorrland är organiserad i länsverksamheter. Rättspsykiatri finns i en egen förvaltning. Primärvården är indelad i fem verksamhetsområden och omfattar 21 hälsocentraler.

3.1.4 Västerbottens läns landsting

Vuxenpsykiatri i Västerbotten är en länsklirik. Psykiatricentrum har verksamheter i Umeå, Skellefteå och Södra Lappland. I Umeå och Skellefteå finns slutenvård och öppenvårdsmottagningar. I Södra Lappland finns mottagningar i Lycksele, Storuman och Vilhelmina. I Umeå finns en liten rättspsykiatrisk enhet med 14 vårdplatser. Viss regionvård bedrivs i Umeå främst vid könsdysforimottagningen. Även barn- och ungdomspsykiatri är en länsklirik med verksamhet i Umeå, Skellefteå och Lycksele. Slutenvårdsplatser finns enbart i Umeå. 853 anställda finns inom den specialiserade psykiatri. Primärvårdens 39 hälsocentraler ansvarar för första linjens psykiatri vad gäller barn, unga och vuxna.

3.2 Kommunerna

Organisering av verksamheterna skiljer sig åt. Större kommuner har en större grad av specialisering och fler förvaltningar, medan mindre kommuner rymmer alla sociala frågor i en förvaltning. Befolkningsmässigt små kommuner verkar oftast på en stor yta, medan stora kommuner återfinns på en begränsad yta. I många kommuner får personal från socialtjänsten åka långa sträckor för att exempelvis kunna utföra boendestöd. Många medborgare i norra hälso- och sjukvårdsregionen har långt till närmaste sjukhus.

3.2.1 Jämtlands län

Jämtlands län har åtta kommuner med knappt 130 000 invånare. Länet har en stor befolkningskoncentration till Östersunds kommun och den del av Krokoms kommun som gränsar till Östersund där ca 50 % av befolkningen bor. Andelen ökar till ca 60 % med en radie på tre mil. I samband med att Region Jämtland Härjedalen bildades 2015 integrerades det tidigare regionförbundet med landstinget. Inom regionen ingår därför vissa kommunala uppdrag bland annat social välfärd. I uppdraget ingår samordning, intressebevakning och att stödja kommunerna och stärka de kunskapsbaserade välfärdstjänsterna. FoU Jämt är ett regionalt kunskapscentrum som ska stödja långsiktig evidensbaserad kunskapsuppbyggnad inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Vid FoU-enheten finns specialiserade handläggare och forskningsledare.

3.2.2 Norrbottens län

Norrbottens län består av 14 kommuner med totalt drygt 250 000 invånare. De till invånarantal största kommunerna Luleå och Piteå ligger vid kusten. Några kommuner främst i inlandet och i Tornedalen har omkring fem tusen invånare. Kommunerna företräds av Norrbottens Kommuner, en intresseorganisation som företräder landets 14 nordligaste kommuner. De verkar för ett utökat kommunalt samarbete och ett hållbart samhällsbygge.

Inom området social välfärd arbetas med intressebevakning av frågor som länets kommuner lyfter fram som särskilt viktiga. Arbetet fokuseras på samverkan för att klara länets samlade socialtjänstuppdrag. Samarbete sker mellan kommunerna och angränsande hälso- och sjukvård inom Region Norrbotten samt med statliga och andra länsorgan. Samverkan sker även med organisationer utanför länet samt med universitet och FoU-miljöer.

Norrbottnens Kommuner arbetar med forskning och kunskapsutveckling inom socialtjänstens verksamhetsområden. Arbetet är inriktat på att bygga broar mellan kommunernas socialtjänst, angränsande hälso- och sjukvård och universitets olika institutioner.

3.2.3 Västernorrlands län

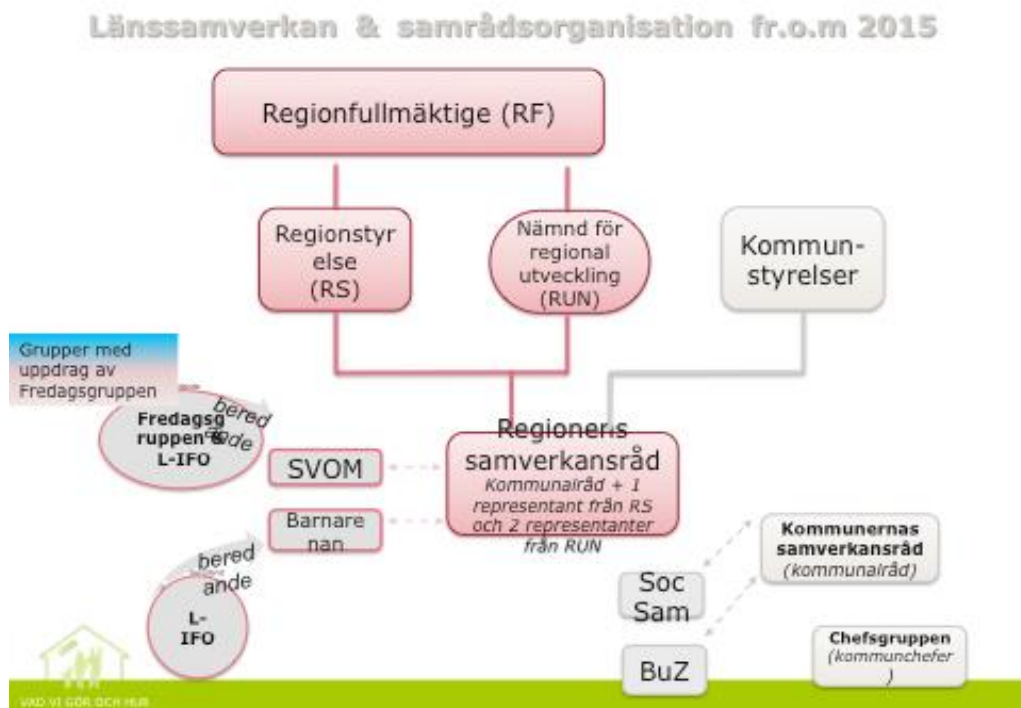
I länet finns sju kommuner och en total befolkning på ca 246 000 invånare. De folkrikaste kommunerna är Sundsvall med ca 99 000 invånare och Örnsköldsvik med 56 000 invånare. Den minsta kommunen är Ånge med knappt 10 000 invånare. Befolkningen är koncentrerad till länets kust. Kommunförbundet Västernorrland stödjer kommunernas utvecklingsarbete inom flera områden bland annat genom att leda och samordna utvecklingsprocesser och utvecklingsprojekt inom socialtjänsten, hälso- och sjukvård, individ- och familjeomsorg samt handikappomsorg. FoU Västernorrland har i uppdrag att stödja utvecklings- och uppföljningsprocesser inom socialtjänsten och ska arbeta för att densamma är kunskapsbaserad. Vid FoU-enheten finns flera forskningsledare och på kommunförbundet flera utvecklingssamordnare för socialtjänstens delområden.

3.2.4 Västerbottens län

Västerbottens län innefattar 15 kommuner. Befolkningstalet är cirka 270 000 och de flesta bor i städer och samhällen vid kusten. I inlandet finns flera små kommuner med en befolkning under eller strax över 5000 invånare. Region Västerbotten har det regionala utvecklingsansvaret i länet. Länets kommuner och Västerbottens läns landsting bildar Region Västerbotten som är en politiskt styrd organisation. Den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) inom vård och omsorg omfattar socialtjänst och näraliggande hälso- och sjukvård i kommunerna och frågor som rör samverkan med landstingets hälso- och sjukvård på specialist- och primärvårdsnivå.

FoU Välfärd utgör en central del i RSS. Genom kompetens- och kunskapsutveckling, systematisk uppföljning och praktikinära forskning inom välfärdsområdet, i samverkan inom nätverk i länet och andra kunskapsmiljöer, verkar FoU Välfärd för en kunskapsbaserad praktik, till förmån för brukaren. Vid FoU Välfärd arbetar forskningsledare och utvecklingsledare med kunskapsbildning ur en rad olika aspekter. Det kan handla om att bistå verksamheterna med kunskaps- och metodstöd i utvecklings-, uppföljnings- och utvärderingsarbete. Här ingår att vidareutveckla samverkansformerna med universitet och högskolor och att synliggöra och tillvarata kunskap från professionerna och brukarna.

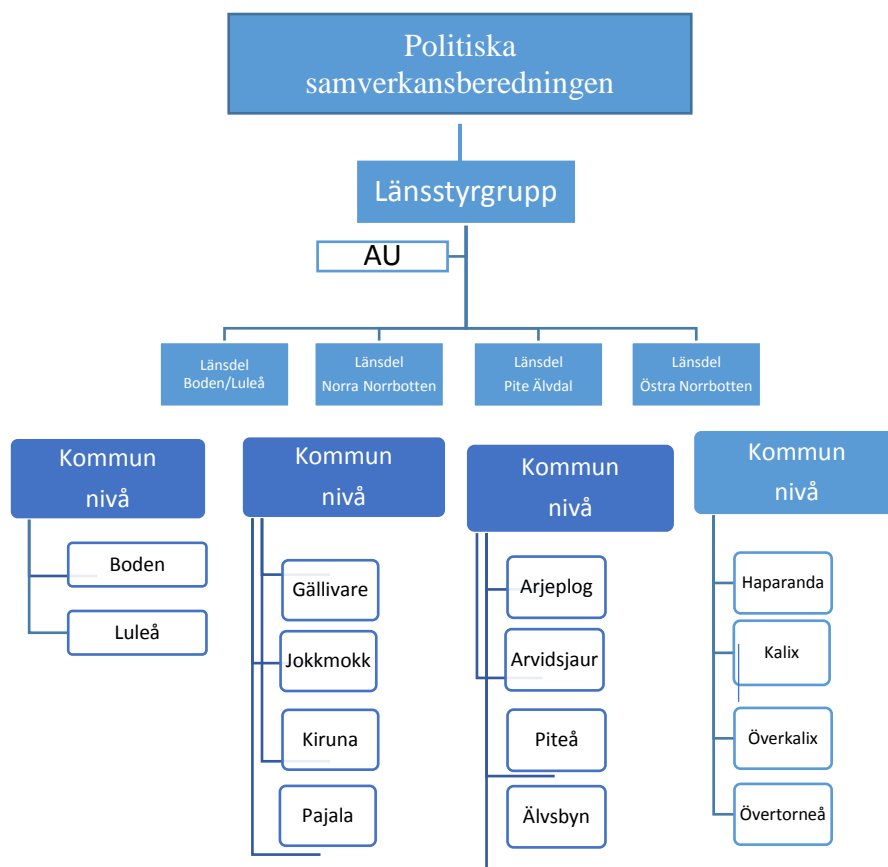
3.3 Samverkan i Jämtlands län



Samverkan i sociala frågor mellan kommunerna och landstinget sker på två politiska arenor, Sociala vård och omsorgsgruppen och Barnarenan. Den senare hanterar endast barn och ungdomsfrågor. Frågor till de två arenorna bereds av två tjänstemannagrupperingar. Landstinget-Individ och familjeomsorg (L-IFO) och Fredagsgruppen. L-IFO hanterar frågor inom hälso- och sjukvård, individ och familjeomsorg samt skolfrågor med fokus på strategiska och framåtsyftande områden. I gruppen ingår tre IFO-chefer och två skolchefer från kommunerna samt skolhandläggare från Regionen och samordnare för socialvälfärd. Från Regionen deltar områdeschefer från primärvård, psykiatri och barn unga vuxna samt beställarchef. I gruppen ingår också chef och strateg från hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

I Fredagsgruppen ingår förvaltningschefer eller motsvarande från alla kommuner och samordnare för social välfärd. Från regionen deltar hälso- och sjukvårdsdirektör, chef och strateg från hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen, och områdeschefer från primärvård, medicin, kirurgi och psykiatri. Vissa frågor kan hänvisas från SVOM och Barnarenan till Regionens samverkansråd som hanterar frågor inom hälso- och sjukvården som inte kan eller ska lösas i andra samverkansorgan. Båda tjänstemannagrupperna har särskilda strategimöten varje år för att identifiera viktiga samverkansfrågor. L-IFO och Fredagsgruppen ansvarar för verkställande av beslut.

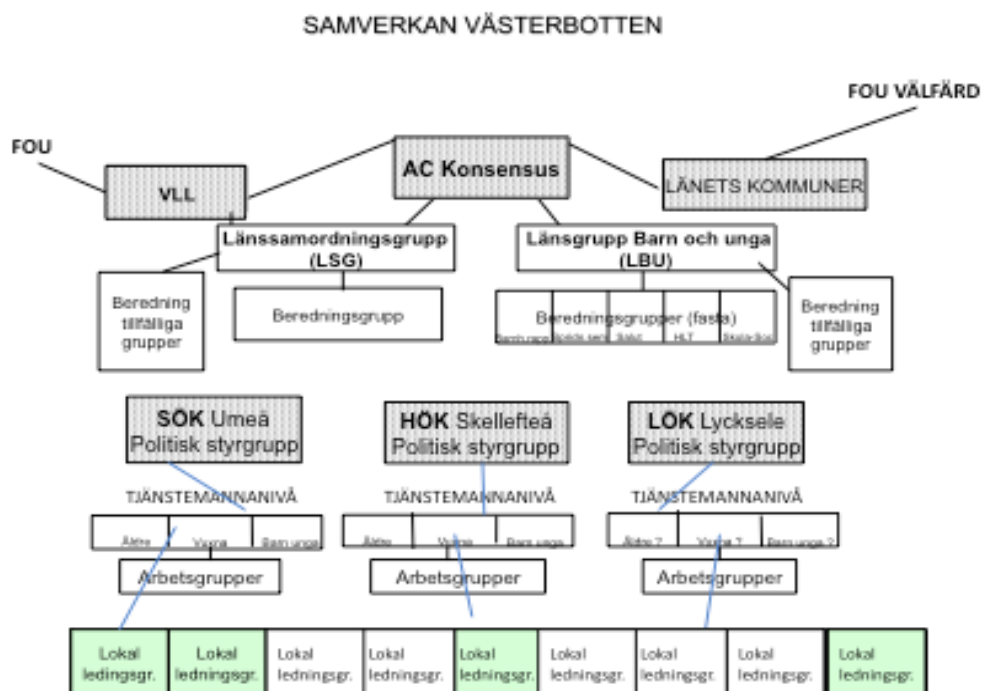
3.3 Samverkan i Norrbottens län



Politiska samverkansberedningen är ett övergripande samverkansorgan för alla frågor som är gemensamma mellan kommunerna och regionen. Beredningen består av förtroendevalda från de 14 kommunerna och från regionen. Politiska samverkansberedningen är styrgrupp för länsstyrgruppen inom socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård. Den är ansvarig för att säkerställa att samverkansformerna fungerar och ytterligare förbättras. Prioriterade områden är barn och unga, vård och omsorg av äldre, psykisk hälsa, främjande och förebyggande insatser. Länsstyrgruppen, på tjänstemannanivå har i uppdrag att verkställa politiska beslut i gemensamma frågor. Den är styrgrupp för gemensamma strategiska utvecklings- och samverkansfrågor. Den ska verka för att samverkansarbetet prioriteras och samordnas och ansvarar för att uppföljning sker. Gruppen ansvarar för kvalitetssäkring, prioriteringar och omvärldsbevakning samt att styrdokument och överenskommelser revideras. Länsstyrgruppen fungerar som styrgrupp för samtliga arbetsgrupper avseende gemensamma frågor. Representanter i gruppen kommer från de 14 kommunerna; fem socialchefer, fyra barn-och utbildningschefer samt sex chefer från Region Norrbotten. Länsstyrgruppen arbetsutskott består av samverkansledare Norrbottens kommuner och samordnare Region Norrbotten. På länsdelsnivå är samverkan samordnad i fyra geografiska områden (närsjukvårdsområdenas indelning). Närsjukvård omfattar primärvård, medicin, vuxenpsykiatri och akutvården. Barnsjukvården organiseras inom länssjukvården. Representanter på länsdelsnivå är socialchef från rep kommun, barn-och utbildningschef från respektive kommun, Närsjukvårdschef, chefen för barn- och ungdomspsykiatri/barnhabilitering. Närsjukvårdschefen i varje länsdel är sammankallande. Man arbetar med uppdrag från länsstyrgruppen som innebär att styra, prioritera och samordna gemensamma strategiska

utvecklings- och samverkansfrågor. Länsdelsnivån ansvarar för närsjukvårdsområdets gemensamma utvecklingsarbeten, kvalitetssäkring, att revidera lokala styrdokument, initiera gemensam kompetensutveckling, utse en ansvarig i varje kommun för samverkan på kommunnivå. På kommunnivå kan samverkan ske på individ- och gruppnivå. Lokala förutsättningar i kommunen styr sammansättningen. Medlemmarna ska ha mandat att besluta i gemensamma frågor. Den lokala strukturen ska rapportera till länsnivån.

3.4 Samverkan i Västerbottens län



AC-konsensus är ett samarbetsorgan för länets kommuner och Västerbottens läns landsting för övergripande gemensamma frågor. Uppdraget är att samverka kring länsövergripande överenskommelser inom vård och omsorg, barn och unga samt folkhälsa. Man samverkar också kring länsgemensamt utvecklingsarbete och har omvärldsbevakning såväl nationellt som internationellt.

Länssamordningsgruppen är ett samverkansorgan på tjänstemannanivå. Gruppen bereder ärenden till AC konsensus. Länsgrupp barn och unga, är ett samverkansorgan på tjänstemannanivå som bereder frågor som rör skola, socialtjänst och landstinget.

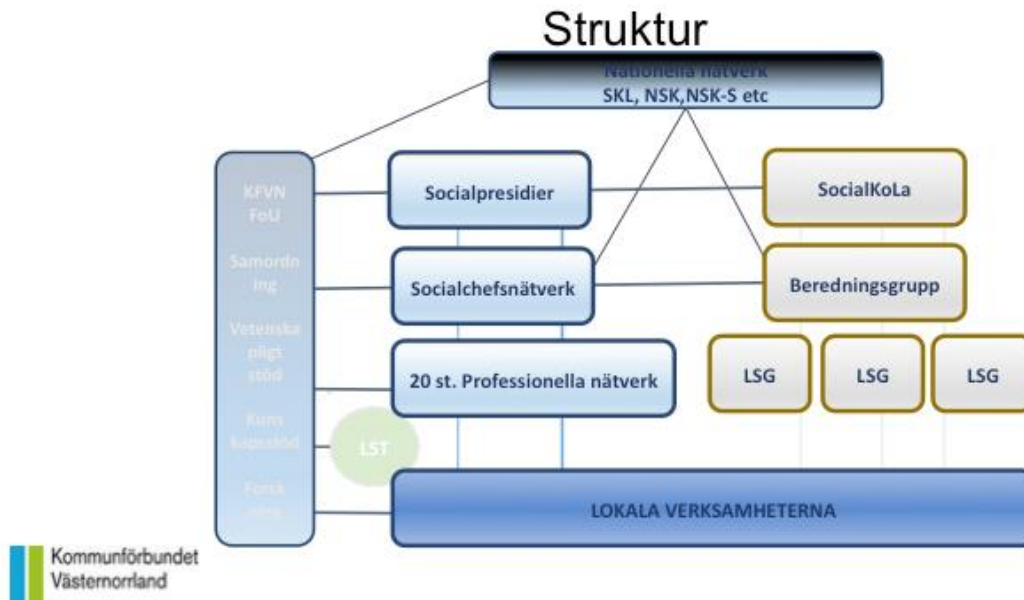
SÖK/HÖK/LÖK¹⁰ – politiska styrgrupper med representanter från kommuner och landsting som verkar på olika geografiska områden i länet. De politiska styrgrupperna är rådgivande i frågor som rör mål och inriktning för samverkan samt uppföljning inom ramen för överenskommelsen. Då beslut efterfrågas som påverkar huvudmännens verksamheter ska dessa beslut fattas av respektive huvudman. SÖK/HÖK/LÖK tjänstemannastyrgrupper hanterar verksamhetsfrågor i linje med uppdrag från den politiska styrgruppen. Gruppen kan agera styrgrupp för gemensamma samverkansprojekt samt utse arbetsgrupper. Tjänstemannastyrgruppen kan anmäla ärenden till AC konsensus.

Västerbottens läns landsting har ansökt om att få ta över det regionala utvecklingsansvaret och därmed också få bilda regionkommun med start 1 januari 2019. Ett förberedande arbete pågår.

¹⁰ Samverkansöverenskommelse, Huvudöverenskommelse, Lokal överenskommelse

En utvärdering av samverkansstrukturen kring vård och omsorg, barn och unga samt folkhälsa är genomförd men inte publicerad. Hur samverkansstrukturen kommer att se ut är fortfarande oklart.

3.5 Samverkan i Västernorrlands län



Samarbetet i samverkansorganisationen ska syfta till att skapa bättre förutsättningar för lokalt samarbete kring personer med behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Politisk samverkan mellan kommunerna och landstinget sker i SocialKola som består av ordförande i socialnämnd eller motsvarande och ordförande, vice ordförande och en oppositionsledamot i respektive hälso- och sjukvårdsnämnd, folkhälso-, primärvårds-, tandvårdsnämnd samt vårdvalsutskott. SocialKola hanterar frågor som ger bättre sammanhållen vård och omsorg. Ärenden till SocialKola bereds av beredningsgruppen som består av chef för socialförvaltning eller motsvarande från kommunerna, och från landstinget, hälso- och sjukvårdsdirektör, sjukhusdirektör, primärvårdschef, vårdvalschef och verksamhetschef från specialistvården. Det finns tre lokala samverkansgrupper som har till uppdrag att tillse att samordning och samarbete i enlighet med överenskommelser följs samt hanterar avvikelser och brister i vårdkedjan.

3.6 Anhöriga och patienter

I norra hälso- och sjukvårdsregionen finns föreningsnätverk på länsnivå i varje län. Nätverken är knutna till Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). NSPH verkar på nationell nivå för att medlemmarna ska ha ett större inflytande över de beslut som fattas inom vård och stöd. Länsnätverken fungerar som paraplyer för de nationella patient-, brukar och anhörigorganisationer som har lokalföreningar.

Norrbotten NSPH bildades 2008 och organiserar Riksförbundet Attention, Länsföreningen RFHL Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa, Likabehandling. Norrbotten RSMH – Riksförbundet för social och mental hälsa, Distriktet Norrbotten FMN - Föräldraföreningen mot narkotika, Region 1 IFS Piteå Älvdal – Intresseförening för Schizofreni och andra psykoser.

Jämtlands läns brukarråd bildades 2011 och organiserar FMN, Kamratföreningen räddningsplankan, Attention, RSMH, Autism/Aspbergerförbundet, SHEDO och Balans. JLB:s ändamål är bland annat att stödja och bidra till att utveckla inflytandet för patienter, brukare och anhöriga, att samverka med kommuner och landsting och medverka till att huvudmännen tillhandahåller vård och omsorg baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

I Västerbottens län finns Länsföreningen Hjärnkoll Västerbotten som organiserar OCD-föreningen i Umeå, Attention i Storuman med kranskommuner, RSMH Umeå, Trivselföreningen Castor, Attention i Skellefteå och Umeå, Frisk och Fri samt Mind. Hjärnkoll Västerbotten har tre nätverk i länet för patienter, brukare och anhöriga. Nätverken jobbar med gemensamma frågor och utbyter erfarenheter regionalt. Föreningen ska verka ökad kunskap, motverka negativa attityder och diskriminering och därigenom öka inflytandet och rätten till delaktighet för personer med psykisk ohälsa och deras anhöriga. Den ska även samverka med andra berörda organisationer regionalt och nationellt inom ramen för föreningen Hjärnkoll.

I Västernorrland finns brukarrådet som bildades 2014 och organiserar IPF-schizofreniförbundet, RSMH, Attention, Autism och Aspbergerföreningen, IOGT-NTO, Balans i Sundsvall, Frisk och fri, Organiserade Aspbergare och Ubuntu. Syftet med brukarrådet är att påverka myndigheter och organisationer för att förbättra för personer med psykisk ohälsa och missbruk-, och beroendeproblematik. Vidare ska rådet förmedla synpunkter, informera och skapa dialog samt verka för att fördomar och rädsla för psykisk ohälsa minskar.

4. Resultat

4.1 Intervjuer med nyckelpersoner

Vad som redovisas nedan är resultatet av intervjuer med företrädare för primärvård, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, högre chefer i landstingen ansvariga för hälso- och sjukvård, representanter för brukarföreningar, förvaltningschefer i kommuner, chefer eller företrädare för regionala stöd och samverkansstrukturer. Intervjuerna har skett genom dialog kring ett antal teman. Som ett komplement till intervjuerna har fyra workshops genomförts, en i varje län, med syfte att fördjupa dialogen kring tre frågeställningar; fungerar länets samverkansstruktur för kunskapsstyrningsmodellen, vilka principer och funktioner ska styra uppbyggnaden av ett regionalt programområde och hur ska det organiseras? Totalt sett har ett 40-tal personer intervjuats och drygt 80 personer har deltagit i workshops i länen. Ett koncentrat av intervjuerna följer nedan.

4.2 Kunskapsstöd – Vård och insatsprogram (VIP)

Alla som har intervjuats eller deltagit i workshops har en positiv inställning till nationella kunskapsstöd. Att kunskapsstöden, i detta fall vård- och insatsprogrammen bygger på evidens och beprövad tillförlitlig kunskap är en viktig faktor. Både från landsting och kommuner har man dock sett svårigheter med att bemanna de nationella arbetsgrupper som ska ta fram stödet. Representanter från kommunerna menar att modellen passar landstingen bättre än kommunerna och att det är svårt att frigöra personer som på årsbasis blir bundna 30 - 50 % i den nationella arbetsgruppen – expertgruppen.

Företrädare för kommunerna menar också att diagnosbaserade kunskapsunderlag inte riktigt passar kommunerna som har ett bredare och mer generellt uppdrag. Många menar att grupperna bör samråda med olika experter i specifika sakfrågor så att många perspektiv blir belysta. Koppling till lokal nivå är viktig och att verksamhet och brukare får lämna synpunkter. Många anser att verksamhetsnytta med kunskapsunderlagen är väsentligt, det vill säga, de ska kunna användas direkt utan omarbetningar.

Ett kunskapsunderlag bör innehålla standardiserade vårdförlopp och processkartor samt ange rekommenderad tidsåtgång för föreslagna moment i ett flöde. Det ska också klargöras vad som kan utmönstras ur verksamheten. Vård- och insatsprogram behöver skrivas på ett begripligt sätt så olika yrkeskategorier kan tillgodogöra sig kunskapen. Det måste anpassas till olika förhållanden och nivåer av verksamhet. En kommunföreträdare menar att lättillgängliga kunskapsstöd är ”en överlevnadsfråga” för mindre kommuner. Det är viktigt att använda befintliga strukturer och nätverk för spridning och implementering.

Spridningsplanen för underlaget behöver vara realistisk avseende den tidsperiod som underlaget ska implementeras. I samband med remissförfarandet bör en lokal gapanalys göras för att undersöka vad som krävs för att införa programmet i kommuner och landsting. Många har tagit upp att det krävs politiska beslut om resurstillskott för att kunskapsstödet fullt ut ska kunna implementeras i reguljär drift. Alla intervjuade lyfter fram vikten av att använda teknik i olika former för införandet av vård- och insatsprogram. Underlagen ska finnas lättillgängliga via mobila applikationer eller via en sökbar hemsida. Finns det behov av utbildning/handledning i någon form lyfter många fram att distansöverbyggande teknik ska användas så att verksamheten själv kan välja när det passar att planera in olika utbildningsmoment. Kaskadutbildning, utbildning för att utbilda utbildare som i sin tur utbildar vidare kan vara effektiv i vissa fall. Regionalt stöd måste finnas vid större införande av kunskap.

4.3 Uppföljning och utvärdering

De intervjuade lyfter fram att återkoppling om måluppfyllelse för regionen, länet, kommunen, kliniken, den specifika mottagningen är viktigt. Vikten av att utvärdera effekt av insatser, vård och behandling påtalas. Brister finns i kommunernas verksamhetssystem och landstingens journalsystem då det gäller att följa nödvändiga effektmått. Datafångst pekas av samtliga ut som ett problemområde. Journalsystemen måste utvecklas så att pålitliga processdata kan tas fram. Kvalitetsregister kan följa kvalitetsindikatorer men många påpekar att täckningsgraden i psykiatrirejestren är låg då dubbeldokumentation i register och journal tar mycket tid. Automatöverföring av information från journal till register är en högt prioriterad fråga. Bra utformade system på regional och nationell nivå ger möjlighet till jämförelser mellan verksamheter.

Det finns förväntningar på att programområdet kan leverera behovsanalyser på landstings- och kommunnivå, återkoppla jämförbara resultat, leverera korta resultatuppföljningar som kan användas i redovisningar hos kommuner och landsting. Uppföljning ska klargöra olikheter i resultat mellan vårdgivarna och därmed stimulera till bättre samverkan. Uppföljning av kunskapsstyrningen ska lyfta fram både verksamheter med positiva resultat och verksamheter där förbättringsarbete bör genomföras.

Flera intervjuade menar att den uppföljning som görs av Regionalt Cancercentrum är för detaljerad och den upplevs som ett tungt system. Om manuell inhämtning av data ska göras är det viktigt att det finns standardiserade mallar inom det nationella programområdet och att insamling görs under särskilda mätveckor. Representanter för primärvården menar det är viktigt med särskilda primärvårdsindikatorer och att uppföljning av primärvård måste kunna ske utan att varje hälsocentral ska kontaktas.

4.4 Utveckling

Behov av utveckling inom olika områden har lyfts fram. Det är viktigt att chefer har kompetens om hur förändringsarbete ska ledas, om att prioritera och implementera och att utmönstra förlegade metoder. Uppföljning och utvärdering vilar övergripande på chefen. Utveckling av kompetens kring implementeringsarbete är angeläget för att skapa hållbara behandlingslinjer och metoder.

Gemensamt utvecklingsarbete mellan landsting och kommuner är angeläget för att ge bra förutsättningar för samordning på regional och lokal nivå. Behov av att på olika sätt stärka samverkansstrukturen och skapa processförståelse har lyfts. Medarbetare från olika verksamhetsområden kan träffas för att exempelvis identifiera hinder och hitta lösningar samt utbyta erfarenheter.

Brukare menar att brukarmedverkan behöver utvecklas. Brukare behöver kompetensutveckling för att kunna representera och delta aktivt i olika sammanhang. För barn och föräldrar inom BUP verksamhet behöver modeller för brukarmedverkan utvecklas. Frågan om att inrätta ett anhörig- och patientråd med representanter från de fyra länen har tagits upp liksom frågan om resurser för att kunna medverka.

Flera personer har lyft fram att norra regionen bör göra en extra satsning på glesbygdsfrågor och samernas psykosociala hälsa. Även arbete med att utveckla gemensamma satsningar i länen när det gäller suicidprevention är ett fortsatt viktigt område.

4.5 Chefsstöd

För att kunna leda och styra verksamhet behöver chefen tillgång till pålitliga resultat, ”paketerade” analyser som ger mångfasetterad information om hur processer framskrider och resultat på både detalj- och övergripande nivå.

Chefen behöver administrativa stödfunktioner och goda samverkansstrukturer kring sig för att själv kunna finnas i framkant och verka som ledare vilket också innebär att vara tillgänglig för frågor från medarbetare och andra chefer. Konkret stöd i själva implementeringsprocessen lyfts fram som angeläget.

För att inhämta omvärldskunskap, få inspiration och stöd behöver chefen tillgång till information om andra områden inom landsting och kommun exempelvis genom regelbundna årliga chefssammankomster med en tydlig agenda för mötet. För att smidigt kunna nyttja nätverken behöver distansteknik användas.

Hur 44 kommuner ska kunna samverka har varit svårt att överblicka för de flesta. Ett konkret förslag är att chefer från kommuner bjuds in till särskilda sammankomster för att diskutera specifika frågor ger inspiration i det egna arbetet och nya kontakter som kan bidra till inslag av samverkan.

4.6 Övergripande

Övergripande frågeställningar och synpunkter som har tagits upp vid intervjuerna men också vid länens olika workshop handlar i huvudsak om trovärdighet till hela kunskapsmodellen, styrning och ledning av hela processen samt frågan om delaktighet.

4.6.1 Trovärdighet till systemet

Hela uppdraget med kunskapsstyrning behöver förankras politiskt. Politiska beslut måste säkerställa implementering i reguljär drift för en långsiktighet i bemanning så att visioner och mål kan hållas levande och aktuella. Det är viktigt att inte starta upp något som inte kan fullföljas. Kunskapsstöd/styrning är en dynamisk process där kvalitet är en ledstjärna och en tydlig vision. Huvudmännen till systemet behöver stödja dynamiken genom att efterfråga resultat och att resultat återkopplas till utförarna. Ambitionen ska vara att skapa system som stödjer praktisk tillämpning av kunskap som svarar mot befolkningens behov. Modellen blir trovärdig om den är resurseffektiv och har effektiva arbetsformer. Kommunrepresentanterna menar att tydlighet och efterlevnad när det gäller ansvarsfördelningen mellan NPO och RPO samt mellan olika RPO bidrar också till trovärdigheten.

4.6.2 Styrning av systemet

Förhoppningar om att modellen ska bidra till en ökad och mer jämställd kunskapsnivå, men också tveksamheter till möjligheten att genomföra detta stora åtagande har diskuterats. Nationellt programområde uppfattas som ett gigantiskt åtagande som förmedlar höga förväntningar och en hög ambitionsnivå. Hur ska man kunna undvika att vissa system suboptimeras och eventuellt tränger undan andra. Det kommer att krävas prioriteringar vilket innebär att olika behov kommer i konflikt med varandra – vad styr? Det är viktigt att se till nyttoeffekten i relation till kostnaden. Modellen kan ställa krav på hälso- och sjukvården att prestera på en viss nivå, vilket kan vara svårt för ett litet landsting. Landstingen hinner inte samordna alla riktlinjer och hela processen avstannar. Alltför instrumentell styrning tränger undan metoder som fungerar men som kanske inte har tillräcklig evidens vilket även gäller förbättrings- och innovativt arbete. Många personer blir involverade vilket är resurskrävande.

När det gäller själva kunskapsunderlaget, vård och insatsprogrammen (VIP), avgör tilliten till vilka som har deltagit i framtagande av VIP hur det kommer att uppfattas och tas emot på lokal nivå.

4.6.3 Delaktighet

Kommunerna upplever att de inte har varit delaktiga i framtagandet av kunskapsstyrningssystemet. Man känner sig förbisedda i hur systemet ska organiseras. Kommunerna menar också att de kommer att ha svårt att i alla delar kunna representera i arbetsgrupper m.m., men samtidigt är man medveten om att det är viktigt att delta. Samarbetet med landstingen är viktigt. Frågan om, på vilket sätt kommunerna kan delta borde framförts tidigare. Kommunerna är suveräna och har även andra prioriterade områden och menar att de även fortsättningsvis behöver sin egen FoU-miljö som stöd.

Frågan om tillhörighet för BUP borde ha utretts och fastställts innan Nationellt programområde formerades. Även inom primärvården finns tveksamheter till delaktighet eftersom man berörs av i stort sett alla programområden.

Inom brukarrörelsen anser man att det finns svårigheter att vara delaktig då man inte är tillräckligt många som kan representera. Avsaknad av ersättningssystem för brukarrepresentation innebär att representanter inte kan gå från sitt arbete för att exempelvis kontinuerligt över tid representera några timmar i en referensgrupp.

4.7 Finansiering

De flesta intervjuade lyfter fram vikten av statlig finansiering under en längre period så att systemet kan stabilisera sig och de första kunskapsunderlagen har implementerats och följts upp. Finansieringen bör ske via kommuners och landsting statsbidrag. I det fall huvudmännen behöver skjuta till medel behövs en kostnadsuppskattning i närtid så frågan kan hanteras vid kommande budgetprocesser. Beräkning av effektivitetsvinster som systemet kan ge bör göras. Om vissa kostnader ska delas mellan kommuner och landsting anser de intervjuade att fastslagna fördelningsnycklar i respektive län ska användas. Många menar att samverkanssystemet måste få kosta för att vara hållbart.

4.8 Organisation

Vid intervjuer och workshops har det visat sig att man ser väldigt olika på innebörden av regionalt programområde och begreppet resurscentra. Landstingen menar att det är angeläget att regionalt programområde för psykisk hälsa i sin form inte avviker för mycket från övriga programområden.

Många intervjupersoner menar att det är tveksamt om ett större regionalt kansli behövs men uppdrag, mandat och ansvar måste vara tydliga och fördelas mellan chefer, processledare och övriga funktioner inom programområdet. Vissa anser att representationen i programområdet ska bygga på de befintliga nationella grupperingarna RSS, NSK och inplaceras lokalt i de regionala samverkansstrukturerna. Regionalt programområde ses som en paraplyorganisation kopplat till lokala stödstrukturer. Kommunikatör och statistiker kan samordnas med andra programområden men det bör finnas en länsresurs, samordnare för implementering och lokalt sammanhållet stöd.

En annan uppfattning är att regionalt programområde är ett omfattande resurscentrum som bör ha kompetens inom följande områden; implementering, förståelse för processer, förändringsarbete, kunskap och erfarenhet om socialtjänst, kunskap och erfarenhet om primärvård och specialistvård, kunskap om hälso- och sjukvårdssystemet, erfarenhet av komplexa och gränsöverskridande ärenden. Särskild kompetens som kan stödja professionen som statistiker och kommunikatör är viktiga funktioner. Det finns olika uppfattningar om var prioriteringar ska göras och hur VIP ska kommuniceras vilket avspeglar den övergripande frågan om innebörden i begreppen programområde och resurscentra. Några har tyckt att RPO ska sortera under NRF.

En övergripande fråga som inte diskuteras i några vägledande eller styrande dokument är hur kommunerna ska representeras i ett regionalt perspektiv. På länsnivå/lokal nivå blir samordnings- och samarbetsöverenskommelser viktiga inriktningsdokument som möjliggör gemensam utveckling.

5. Slutsatser och förslag

5.1 Utformning av uppdrag

Ett regionalt programområde för psykisk hälsa är en del av det nationella programområdet. Där finns resurser för att utföra olika uppgifter. Det regionala programområdet har ett hälso- och sjukvårdsregionalt perspektiv, det vill säga ansvar för att utföra uppgifter som gagnar den norra regionen. Det betyder att programområdet ska bevaka utvecklingen i regionen och förmedla resultat av kunskapsstyrningen samt lyfta frågor till nationell nivå där behov finns att frågan hanteras på samma sätt i hela landet. Ett RPO ska stödja framtagandet av nationella kunskapsunderlag genom nominering av regionala experter till nationella arbetsgrupper och inventera de behov som finns inom olika områden och förmedla dessa till nationell nivå. En huvuduppgift för det regionala programområdet är att ta emot och sprida nationella kunskapsunderlag. Det innebär ett ansvar för att underlaget praktiskt kan tillämpas i kommuner och landsting i norra regionen. Det betyder att aktiviteter i underlaget anpassas för att praktiskt fungera i de verksamheter som ska implementera dem.

I styrgruppens beslut anges att det regionala programområdet ska integrera och skapa förutsättningar för de nationella kvalitetsregistren och samverka med den regionala registerorganisationen. Det måste ifrågasättas om det verkligen är en regional uppgift. Psykiatriska kvalitetsregister med undantag för Riksät (Karolinska institutet) och Rättspsyki (Registercentrum norr) har sin hemvist vid Registercentrum i Göteborg. Det finns några exempel där några landsting har gjort egna lösningar för enskilda register avseende automatöverföring. För att få till nödvändig dataförsörjning för uppföljning av kunskapsunderlag behöver ett nationellt informatikarbete komma till stånd. Det finns en nationell samverkansgrupp i systemet för kvalitetsregister och nationella beslut behöver till innan det regionala programområdet kan agera i frågan. Landstingen behöver fortsättningsvis säkerställa att god täckningsgrad upprätthålls för de psykiatriska kvalitetsregistren, och det nationella programområdet behöver tillsammans med registren och den nationella samverkansgruppen arbeta för att skapa förutsättningar för automatöverföring.

I de överenskommelser som tecknats mellan staten och SKL för 2017 och 2018 och som anvisar medel för uppbyggnaden av resurscentrum pekas tre områden ut som viktiga att arbeta med. Första linjens vård, primärvårdens möjlighet att tidigt och effektivt möta psykisk ohälsa och förebygga och främja psykisk hälsa samt att arbeta med gränssnittet mellan olika aktörer och vårdgivare. I den nationella strukturen finns ett nationellt primärvårdsråd som ska samarbeta med de nationella programområdena kring de kunskapsunderlag som tas fram. De områden som pekas ut i överenskommelsen bör naturligt integreras i de nationella kunskapsunderlagen och därmed utgöra en strategi för hur första linjen ska angripas. Om det enskilt är en fråga för de sex regionala programområdena riskerar aktiviteter och angreppssätt skapa onödig regional variation.

I det avtal som tecknats mellan SKL och landstingen anges att RPO ska bedriva ett strategiskt förbättringsarbete. Grunden för ett sådant är att RPO har genomfört en hälso- och sjukvårdsregional gap-analys, fastställt regionala och lokala indikatorer för prioriterade områden, och därefter följer upp och via processledare stödja olika förbättringsarbeten med regionala aktiviteter exempelvis utbildning etc. Det praktiska förbättringsarbetet genomförs på lokal nivå och att RPO övervakar utvecklingen. Huvuduppgiften blir att planera för förbättringsarbetet på regional nivå.

5.1.1 Förslag

Ett uppdrag behöver utformas med hänsyn till beslutade målformuleringar och uppdrag. Hänsyn behöver även tas till det arbete med kriterier¹¹ som SKL och företrädare för regionerna bedriver. Fastställda kriterier påverkar vilka verksamhetsområden ett resurscentrum kommer att ha. Uppdraget kan sammanfattas i följande:

Stödande funktion i arbetet med att implementera kunskapsunderlag
Stödande funktion i arbetet med att följa upp vad kunskapsunderlag har för resultat och effekter
Stödande i arbetet med att utveckla fungerande processer mellan landsting och kommuner
Stödande funktion i arbetet med att förbättra vården inom primärvården och psykiatri samt inom socialtjänsten.
Säkerställa att arbetet har ett brukarperspektiv
Vara en resurs i nationella utvecklingsprojekt tillsammans med andra RPO
Utgöra ett kompetenscentrum för vissa områden inom psykisk hälsa.

5.2 Strategier och arbetsmetoder

Den norra regionen är vidsträckt och har 44 kommuner och fyra landsting. Som ovan beskrivits finns det stora variationer mellan kommunerna och landstingen och att samverkan mellan aktörerna sker på länsnivå. Ett RPO ska stödja samverkan och utveckling av vårdkedjor, men förutsätter lokalkännedom för framgångsrikt arbete. Ett RPO bör därför arbeta med en decentraliserad strategi som innebär att verksamhetens resurser är närvarande i länen. Det är även av vikt att söka samverkan i redan existerande strukturer och inte lägga resurser på att bygga nya. RPO bör dock erbjuda en arena för erfarenhetsutbyte och lärande samt bygga ett nätverk bland chefer i landsting och kommuner.

Den modell med regionala processledare som cancercentrum har arbetat med några år tycks effektiv för att få en helhetssyn av processer och delprocesser inom ett visst område. Det är ett arbetssätt som RPO bör anamma.

Den finansiering som tilldelats kommer alltid vara begränsad i förhållande till de resurser RPO förfogar över och för de uppgifter som förväntas utföras. Det är därför av största vikt att de uppgifter som utförs ska vara sådana som bara kan utföras på den regionala nivån. För att ett resurscentrum ska vara effektivt krävs även att man regional nivå samutnyttjar specialistfunktioner med andra regionala programområden och med nationella programområden som norra regionen är värd för. Regionala programområden i alla regioner bör också samverka för att nyttja allas kompetens.

Med hänsyn till att RPO kommer att ha ca 100 potentiella mottagare av information utspridda på en stor yta så är nyttjande av distansöverbyggande teknik av olika slag en grundförutsättning för snabb kommunikation och spridning av kunskap, diverse information, resultat, analyser, minnesanteckningar, chatforum för intressegrupper m.m. Information behöver vara även lättillgänglig vilket ställer krav på att utveckla sådana funktioner. En viktig del i RPO:s uppdrag är att stödja implementeringen av kunskapsunderlag. Ytterligare uppdrag är att anordna utbildningssatsningar, skapa chefsplattformar och nätverk.

Ett viktigt stöd i arbetet är en uppsättning mallar som används av alla RPO i framtagande av rapporter, verksamhetsplaner, handlingsplaner, presentation av statistik, insamling av data med mera. En faktor för kvalitet i arbetet är när uppgifter utförs på samma sätt.

¹¹ I ett arbetsutkast från SKL föreslås sju kriterier som ska styra programområdets uppgifter som även innefattar styrgruppens beslut om ansvarsområden. Kriterierna är; främja samverkan, lyfta gemensamma behov, främja fungerande infrastruktur för kunskapsspridning, innovation och nytveckling, samordna och nyttja befintlig implementeringskompetens, samordna och nyttja befintlig kompetens för uppföljning och analys och personcentering. Förslaget till kriterier förväntas fastställas under våren 2018.

5.3 Styrgrupp

Inom medicinska områden med högspecialiserad vård finns chefsamråd¹² knutna till Norrlandstingens regionförbund som har i uppdrag att utveckla vården i regionen. De ska bland annat stödja införandet av medicinska riktlinjer. I systemet för kunskapsspridning kommer uppdraget att bli bredare då kunskapsunderlagen inte begränsar sig till landstingens verksamhet. Det betyder att den grupp som ska leda det regionala programområdet behöver ha en bredare sammansättning både avseende yrkesbakgrund och organisationer¹³. Den behöver därför vara större än de fyra personer som utgör dagens chefsamråd.

5.3.1 Förslag

Varje landsting nominerar två personer från psykiatriska verksamheter varav en ska vara läkare. Nuvarande chefsamråd för primärvård nominerar två personer varav en läkare. RSS nätverket i Norrland nominerar två personer.

Regionalt cancercentrum har i uppdrag att utarbeta en strategisk utvecklingsplan. Planen som anger prioriteringar för den kommande treårsperioden fastställs av förbundsdirektionen för Norrlandstingens regionförbund vilket blir ett rekommenderande beslut till landstingen. Behovet av strategisk planering kommer inte vara mindre inom området psykisk hälsa och heller inte behovet av prioriteringar. En uppenbar fördel med att prioriteringar görs på regional nivå är att variationen i utförandet minskar. Större införanden kommer kostnader vilket gör det naturligt att politiken får möjlighet att påverka. På länsnivå får respektive samverkansorgan besluta hur samverkan ska ske och i vilken ordning under en viss tidsperiod utifrån beslutet på hälso- och sjukvårdsregional nivå.

Förbundsordningen för Norrlandstingens behöver ändras med anledning av tillkomsten av det nationella systemet för kunskapsstyrning. I nuvarande förbundsordning finns RCC Norr omnämnt och att regionförbundet utgör verksamhetens politiska ledning. Den behöver ändras för att även gälla regionalt programområde för psykisk hälsa samt vilka frågor regionförbundet ansvarar för. Förbundsdirektionen behöver vid de tillfällen områdets frågor avhandlas kompletteras med politiker som företräder kommunerna. Därför föreslås att varje samverkansarena i norra regionen ges i uppdrag att utse två kommunala politiker som representerar länets kommuner i förbundsdirektion i samband med beslut om exempelvis fastställande av utvecklingsplan. Alla mandat gäller under mandatperioden 2019 - 2022.

5.4 Samverkan med brukare och anhöriga

Forskning och erfarenhet visar att det är lönsamt att engagera brukare och anhöriga i utvecklingen av vård och omsorg. Under de senaste tio åren har brukarinflytandet stärkts betydligt tack vare nationella satsningar och uppmaningar till vårdgivarna att utveckla brukarinflytandet. Trots nationella insatser och lokala initiativ vilar brukarinflytandet på bräcklig grund. Problemet är tvådelat. För det första finns ingen systematik från varken landsting eller kommuner hur de på ett naturligt sätt ska involvera brukare och anhöriga. I delar där exempelvis psykiatriöverenskommelsen föreskriver ett samarbete för att kunna ta del av stimulansmedel så har man ett samarbete, men i andra delar förkommer inget samarbete. För det andra, är de länsbaserade brukarorganisationerna resurssvaga vilket påverkar möjligheten reellt att kunna

¹² Det finns även ett chefsamråd för primärvård där ledamöterna är primärvårdscheferna i norra regionen. I majoriteten av övriga chefsamråd utgörs det av medicinskt ansvariga läkare eller motsvarande och i några fall en chef från verksamheten.

¹³ I det nationella programområdet ingår vuxenpsykiatri, troligtvis också barn och ungdomspsykiatri samt rättspsykiatri. Enligt uppdraget ska det finnas ett tydligt fokus på första linjen vilket förutsätter ett deltagande från primärvården. Kommunernas verksamheter är även del av programområdet.

bedriva ett fullgott inflytandearbete. De har även svårt att få medlemmar att vara med i arbetet vilket ofta innebär att ”samma” personer deltar i möten och aktiviteter. Det finns därför en risk att inflytandet begränsas på grund av avsaknad av flera perspektiv.

Vid de regionala cancercentrumen i Sverige finns resurser avsatta vid varje centrum för att tillsammans arbeta för att stärka patientens ställning. RCC:s policy om patientsamverkan säger -att patient som närstående kan vara ”patientföreträdare” inom RCC

- att patientföreträdare behöver inte enbart representera inom sitt diagnosområde, utan kan företräda patienterna i annan diagnos än den egna

- att patientmedverkan oftast sker från patientorganisation men kan också ske av enskild patient eller närstående.

- att i normalfallet är det en fördel om patientföreträdare medverkar från början av ett arbete/uppgift.

Inom RCC finns företrädare för cancerpatienter och anhöriga företrädare i RCC:s organisation via ett patient- och närståenderåd. Rådet ska bevaka patient- och närståendeperspektivet och därmed bidra till cancervårdens utveckling. Rådet är inte beslutande utan har en rådgivande funktion RCC har fastställt en policy för arvode till patientföreträdare.

5.4.1 Förslag

Mot bakgrund vad som ovan anförts föreslås att ett patient- och anhörigråd inrättas vid regionala programområdet för psykisk hälsa. Rådet föreslås bestå av tre representanter från varje län som utses av länsorganisationen. Vidare föreslås att en policy för ersättning till patientföreträdare antas. Landsting och kommuner i varje län rekommenderas att stödja brukarorganisationerna så att brukarinflytandet utvecklas avseende bredd och kvalitet.

5.5 Förslag till organisering och bemanning

Vi föreslår en organisation enligt stycke 5.5.1 med tydlig förankring i länen.

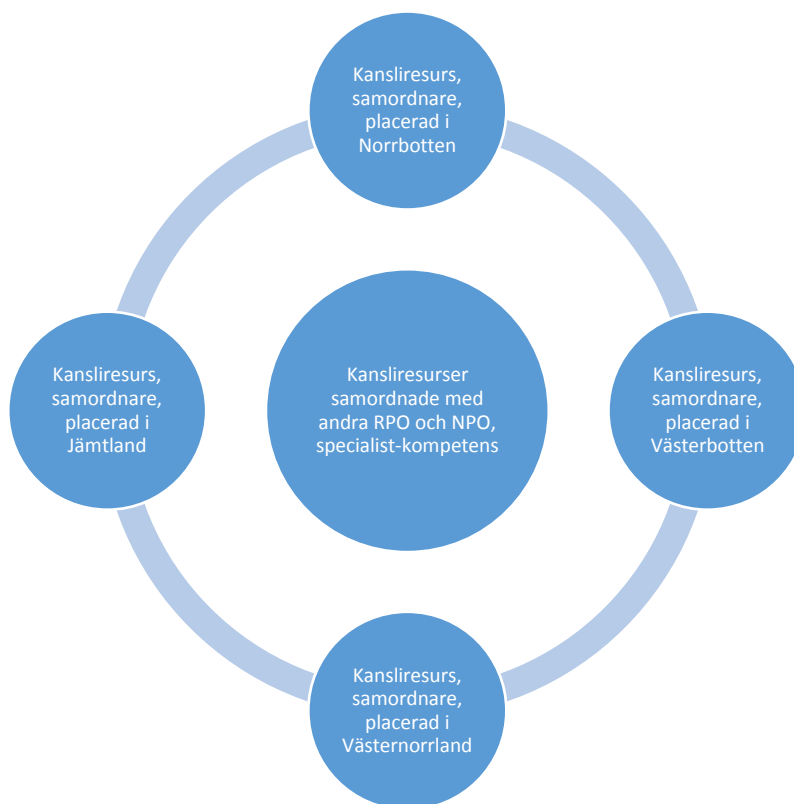
5.5.1 Spridd organisation

Regionala programområdet leds av en styrgrupp beskriven i avsnitt 5.3 och har stöd av ett kansli som visas i figur nedan. Kansliet som verkar på hälso- och sjukvårdsregional nivå har sina resurser fördelade på flera orter i Norrland. De medarbetare på kansliet med specifik kompetens inom statistik, web-design och kommunikation bör samordnas med resurser för andra regionala programområden och nationella programområde som norra regionen är värd för, och organiseras på lämplig ort i Norra regionen. Det regionala kansliet bör även innefatta en erfaren administratör/samordnare vars uppdrag är att samordna allt arbete inom programområdet.

I kansliet ingår även administratörer/samordnarna vilka är placerade i varje län som har i uppdrag att samordna processer i det län man är placerad i, med även vara en resurs för hela regionen. En samordnare har landstinget som arbetsområde och den andra samordnar processer mellan alla kommuner i länet. Samordnarna kan processleda och vara ett metodstöd. Dessa funktioner utgör sammantaget det regionala kansliet. En samordningsresurs behövs på länsnivå som har största möjliga kunskap om länens samverkanstrukturer samt hur demografin och förutsättningar påverkar länets olika verksamheter.

På länsnivå kommer implementeringsarbetet att ske på olika nivåer i många olika verksamheter och i vissa fall enligt en samordnad plan. För att samordna insatser på länsnivå behöver funktionen samordnare inrättas. Förslagsvis avdelas 50% tjänstetrymme för vardera kommun- och landstingsverksamheter i varje län. De personer som kommer att inneha samordningsfunktionen i länet bör ha gedigen kunskap om verksamhetsområdet. De bör ha erfarenhet av och intresse för att arbeta med utvecklings- och förbättringsarbete och kunskap om implementerings- och metodstöd. Att stödja utveckling i samverkan är ett viktigt

kunskapsområde. Eftersom uppdraget är på 50 % är det möjligt att dessa samordnare redan har en anställning hos någon av huvudmännen där de kommer att arbeta sin resterande arbetstid. Personerna bör involveras i den samverkansorganisation som är beslutad i varje län och arbeta mot kommuner och landstingsverksamheter men ingår som nämnts i kanslifunktionen. För kommunernas del placeras dessa lämpligtvis inom länens RSS strukturer.



Programområdets kanslifunktion har också ett uppdrag att samverka med övriga regionala programområden för psykisk hälsa och med den nationella nivån men ska också samverka med övriga regionala programområden i Norra regionen. Med tanke på norra regionens omfattande geografiska yta och det stora antalet kommuner (44) med ett flertal relativt små kommuner, bör man för programområde psykisk hälsa, bygga en virtuell organisation med en tydlig förankring i landsting och kommuner på länsnivå.

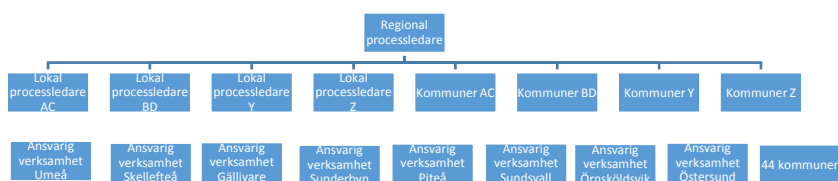
5.5.2 Organisation för processledare

Utöver de resurser som finns i kanslifunktionen föreslås att resurser avsätts för att stödja framtagande, införande, uppföljning och revidering av kunskapsunderlag. Därför föreslås att regionala och lokala processledare utses för de processer som regionala programområdet har att hantera.

Det slutliga vård- och insatsprogrammet tas emot av kanslifunktionen på regional nivå och förbereds för beslut i styrgruppen. Styrgruppen ansvarar för att fastställa en planering och förslag till prioritering för hur vård- och insatsprogrammen ska implementeras. Patient- och anhörigrådet som är beskrivet i avsnitt 5.4, inbjuds att delta i den planeringen. I vissa fall kommer politiska prioriteringar på regional nivå styra arbetet tillsammans med prioriteringar på länsnivå och beslut om hur vissa insatser ska genomföras.

För varje vård- och insatsprogram utses en expert/processledare¹⁴ som ansvarar för att på olika sätt stödja processarbetet för vård och insatsprogrammen i regionen. Kanslifunktionen ska vara ett stöd för processledaren och kunna ta fram statistik, analyser mm som behövs för att fullfölja uppdraget. Inom programområdet kommer det efter hand att finnas ett antal experter/processledare som på visst tidsutrymme har detta ansvar. I varje process utses även inom kommuner och landsting lokala processledare, medarbetare som får ansvar att kontinuerligt stödja och följa en specifik process. I figuren nedan visas hur arbetet med processer organiseras.

I arbetet med framtagandet av nationella vård och insatsprogram deltar den regionala experten/processledaren i en nationell arbetsgrupp och har dialog med lokala processledare i landsting och för kommuner i respektive län. De lokala processledarna samordnar arbetet med ansvariga i olika verksamheter. I både landsting och kommuner kan flera verksamheter vara involverade i arbetet och därför behövs verksamhetsansvarig som den lokala processledaren kan arbeta med. Det betyder att strukturen för arbetet med en process kan omfatta över 100 personer. Det är därför av största vikt att det utarbetas riktlinjer för arbetet i hälso- och sjukvårdsregionen som klargör uppdrag, ansvar och mandat för olika roller i strukturen för kunskapsstyrning/spridning.



5.5.3 Förslag till alternativ organisering

Ett alternativ till den ovan föreslagna organisationen är att organisera betydligt fler resurser på regional nivå. Det skulle kunna ge större tyngd till programområdet och som ett tydligt definierat kunskapscenter. Eftersom området psykisk hälsa omfattar många specifika verksamhetsområden inom landsting och kommuner, från mycket specialiserad verksamhet till väldigt tidiga insatser inom exempelvis skola, barnhälsovård mm samt verksamheter geografiskt spridda i Norra regionen, kan det bli svårt för ett regionalt kansli som finns på en ort att vara tillgänglig för samtliga intressenter. Det kan även innebära svårigheter att överblicka olika lokala förhållanden. Det finns en uppenbar risk att kansliet utvecklar en närmare koppling till det län där det är placerat. Man skulle även i ett tydligare definierat kunskapscenter behöva organisera lokala processledare och metodstödjare.

5.5.4 Kommentarer

Vi definierar programområdet som en spridd virtuell organisation för Norra regionen som lägger tyngden för det regionala programområdet i länen. De stora avstånden i Norra regionen och de många kommunerna gynnas av att samordnare och processledare för det praktiska arbetet, som har kunskap om lokala förhållanden och kulturer, finns tillgängliga på nära håll. Olika

¹⁴ Det torde i flera fall vara den person som har varit regionens expert på nationell nivå vid framtagandet av kunskapsunderlaget

utvecklingsområden och processer kommer att involvera verksamheter i landsting och kommuner enskilt och i samverkan på olika sätt. De mycket specifika kompetenser som statistiker, web designer och kommunikatör samt en sammanhållande administratör anställs av landstingen regionalt. Samtliga kan förmodligen knytas till ett annat regionalt programområde då möjligheten till innovation, utveckling och problemlösning i samverkan är större.

Länens referensgrupper för vård- och insatsprogrammen (VIP) kommer erhålla stor kunskap om den nationella kunskapsutvecklingen inom specifika områden. Referensgrupperna, med deltagare från landsting, kommun och brukare har en viktig roll för inspel till den nationella nivån genom den för regionen utsedda expertpersonen. För att göra den gapanalys och behovsanalys som krävs deltar även den person som har varit regionens expert på nationell nivå vid framtagandet av programmet och man inhämtar även kunskap från referensgrupperna på länsnivå som har arbetat lokalt med vård- och insatsprogrammet.

Chefen har ett självklart övergripande ansvar för sin verksamhet och kan också delegera uppdrag till exempelvis verksamhetsutvecklare och medarbetare. Stöd till chefer på alla nivåer ska erbjudas av kanslifunktionen, länssamordnare, processledare och också av de stödfunktioner som finns i exempelvis staber hos respektive huvudman. Det gäller metodstöd, stöd vid implementering men också kontinuerlig uppföljning och rapportering av specifika processer, utfallsmått och samlade analyser. Den spridningsfunktion som byggs inom programområdet involverar alla nivåer av verksamheter.

Utvecklingsarbete och samverkan över länsgränserna är en viktig fråga för att hålla ihop programområdet på regional nivå. Exempelvis kan specialistpsykiatrin utveckla och stärka sitt samarbete i regionen inom ramen för Psykiatri Norr¹⁵. Samordnare på regional nivå är ett naturligt stöd och måste liksom samordnare och övriga ansvariga på länsnivå vara tillgängliga i olika sammanhang för att stödja utveckling.

I varje län finns samverkansöverenskommelser mellan landsting och kommuner som fokuserar på området psykisk hälsa. Dessa anger en viljeinriktning från huvudmännen att samverkan måste prioriteras för bästa möjliga nytta för den enskilde brukaren. Regional samverkan kring kunskapsstyrning/kunskapsstöd inom ramen för de politiskt beslutade samverkansstrukturerna blir ett möjligt utvecklingsområde.

5.6 Finansiering

I 2017 års överenskommelse mellan Regeringen och SKL om insatser för psykisk hälsa anvisades sex miljoner kronor till respektive hälso- och sjukvårdsregion. I 2018 års överenskommelse anvisades ytterligare totalt tio miljoner kronor för utveckling av RPO. Medlen från 2017 års överenskommelse förvaltas av Norrlandstingens regionförbund och kan föras över till nästkommande år. Av 2018 års medel har inget blivit fördelat till regionerna. Det är rimligt att anta att 2017 års nivå på statsbidraget¹⁶ är den basfinansiering som varje resurscentrum ska utvecklas ifrån. Med hänsyn till att medlen finns kvar hos NRF finns statlig finansiering för en verksamhet under delar av 2018 och början av 2019.

I dagsläget är det oklart med statlig finansiering för 2019 med hänsyn till att det är riksdagsval hösten 2018. I statens budget för 2018 finns dock en indikativ finansiering av bidrag till psykiatri

¹⁵ Psykiatri Norr är ett chefsamråd för psykiatriska verksamheter där även chefsöverläkare och medicinskt ansvariga läkare från BUP, VUP och Rättspsykiatri deltar.

¹⁶ I psykiatriöverenskommelsen för 2017 anvisades 6 miljoner kronor till respektive hälso- och sjukvårdsregion. Från 2018 års överenskommelse tillkom ca 1,5 miljoner kronor, men efter beslut kommer medlen att användas av NPO för framtagande av kunskapsunderlag. I jämförelse hade RCC Norr hade 2017 ett statsbidrag på 8 miljoner kronor och finansiering från landstingen på drygt 13 miljoner kronor. Utöver det hade RCC Norr ytterligare 3 miljoner kronor från canceröverenskommelsen samt 1,5 miljoner kronor från överenskommelsen om kvinnors hälsa. Vid RCC Norr arbetade 2017 ca 30 personer.

fram till 2020 på oförändrad nivå. En fortsatt statlig finansiering vore önskvärd för att kunna skapa ett stabilt system.

5.6.1 Förslag

Eftersom de kvarvarande resurser som finns på sjukvårdsregional nivå inte kommer att täcka finansiering av programområdet längre än till mitten av 2019 och det finns oklarheter kring framtida finansiering, behöver kommuner och landsting planera för att allokera resurser till RPO. I varje län finns sedan tidigare beslutade fördelningsnycklar för fördelning av kostnader mellan landsting och kommuner. Dessa nycklar bör användas för att fördela kostnader mellan alla aktörer i de fyra länen.

6. Riskanalys

Kunskapsstyrningsmodellen väcker stora förväntningar på att kunskapsutvecklingen snabbt ska optimeras. Det finns en inbyggd förväntan att modellen även kommer att effektivisera resursanvändningen. Om rätt insatser görs så minskas kvalitetsbristkostnaderna. Det troliga är att systemets konstruktion med en hög grad av bemanning i systemets alla delar kommer att medföra produktionsbortfall initialt. Modellen kräver ett omfattande omställningsarbete på alla nivåer vilket kräver stora personella insatser och därmed kostnader under många år framöver. Det finns en uppenbar risk att mindre landsting inte kan delta fullt ut i systemet på grund av för höga kostnader.

Systemet kommer att medföra ett tufft prioriteringsarbete som behöver göras av politiker och tjänstemän. Det är oklart efter vilka kriterier prioriteringar mellan kunskapsunderlag inom ett programområde ska gå till. Det är även oklart hur horisontella prioriteringar ska gå till. Att prioritera innebär också att bortprioritera även angelägna verksamhetsområden. Prioriteringar handlar också om att verksamheter internt och i samverkan måste orka med att göra det förändringsarbete som behöver göras med stöd av ny kunskap och metoder för uppföljning. Det är viktigt att medarbetare kan uppleva att ett förändringsarbete lyckas och ger goda resultat. Alltför många processer kan inte drivas samtidigt.

Det finns en risk att processer inom psykisk hälsa nedprioriteras i förhållande till processer inom somatisk vård. Den erfarenheten delas av flertalet psykiatriska verksamheter. Sjukvården debatteras idag av både politiker och allmänheten. Frågan om att korta köer till vården är en angelägen fråga inom alla vårdområden. Risk för allvarlig försämring av personernas tillstånd och risk för att personen ska avlida i "kön" till den planerade operationen, förs fram av olika företrädare. Det är allvarligt om det sker och förbättringsarbete måste göras.

Faktum är att för personer med psykisk ohälsa handlar det inte om risk att försämrans i vårdköer. Det är uppenbart att personer som har behov av behandling för psykisk ohälsa, lindrig, måttlig eller svår, försämrans i sitt mående i väntan på behandling och bör få en vårdkontakt snarast. Tillräckliga resurser behövs för tidig bedömning, utredning och behandling.

Bemanningsfrågor är ett stort problem i hälso- och sjukvård och socialtjänst idag. Goda föresatser kan stupa på att vi inte har rätt kompetens och inte tillräcklig kompetens. Vi ser redan att mycket resurser användas till utbildning av personal. Det finns en risk att själva överbyggnaden med mötes-forum, samråd, administration mm kommer att stjäla tid från det nära patientarbetet, själva mötet med patienten.

Kommunerna aviserade tidigt att de inte har resurser att representera i alla olika sammanhang. Kommunerna är självstyrande och har många fler frågor på sin agenda. För programområdet psykisk hälsa är en fungerande samverkan mellan landstingens verksamheter och kommunerna väsentliga för ett gott utfall av behandling och stöd för den enskilde brukaren.

Som ovan beskrivits har brukarorganisationerna inga stora nätverk i Norra regionen. Ska ett reellt inflytande från patienter och anhöriga i systemet bli verklighet behöver brukarorganisationerna ett utökat resurstöd och att det finns ett system för ersättning. Om inte dessa frågor kan lösas finns en uppenbar risk att brukarinflytandet uteblir.

7. Bilagor

BILAGA 1. Intervjuade personer

Jämtland

Robert Brandt	Bitr. Förvaltningschef	Östersunds kommun Vård och omsorgsförv.
Elisabet Carlander-Blom	Socialchef	Ragunda kommun
Ylva Drevstad-Frid	Verksamhetschef, VUP	Region Jämtland Härjedalen
Helen Eurenus	Socialchef	Östersunds kommun
Anna Fremner	Bitr. primärvårdschef	Region Jämtland Härjedalen
Lisbet Gibson	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Region Jämtland Härjedalen
Lena Hallqvist	Social samordnare	Region Jämtland Härjedalen
Mikael Lec Alsén	Verksamhetschef, BUP	Region Jämtland Härjedalen
Tommy Lekedal	Bitr. socialchef	Östersunds kommun
Roland Sundström	Ordförande	Jämtlands läns brukarråd

Norrbottnen

Helena Asklund	Processledare	Norrbottnens kommuner
Ola Fritz	Verksamhetschef psykiatri Piteå	Region Norrbotten
Gunilla Grankvist	Enhetschef	Piteå kommun
Tyra Hansson	Styrelseledamot	NSPH Norrbotten
samt vid medlemsmöte		
Eva Laxå	Chef, kontaktperson RSS	Norrbottnens kommuner
Inga-Lill Modig	Verksamhetschef psykiatri Gällivare	Region Norrbotten
Jeanette Nordberg	Verksamhetschef psykiatri Sunderbyn	Region Norrbotten
Yyonas Tewolde-Berhane	Länschef, barnsjukvården	Region Norrbotten
Brita Winsa	Divisionschef Närsjukvård	Region Norrbotten

Västernorrland

Lena Berglund-Friberg	Verksamhetschef, BUP	Region Västernorrland
Anna-Stina Fors Sjödin	Socialchef	Kramfors Kommun
Nina Fållbäck-Svensson	Sjukhusdirektör	Region Västernorrland
Katarina Jensstad	Socialchef	Örnsköldsviks kommun
Monika Johansson	Samordningsdirektör	Region Västernorrland
Anna-Lena Lundberg	Primärvårdschef	Region Västernorrland
Kristina Mårtensson	Verksamhetschef, VUP	Region Västernorrland
Sirpa Virtanen	Chef	Kommunförbundet Västernorrland
Kicki Östensson	Ordförande	Brukarrådet Västernorrland

Västerbotten

Helen Abrahamsson	Verksamhetsutvecklare	Umeå kommun
Roland Bång	Socialchef	Vilhelmina kommun
Jonas Classon	Bitr. HSdir.	Västerbottens läns landsting
Malin Hamrén	MLA, läkarchef VUP	Västerbottens läns landsting
Anita Helgesson	Strateg vård och omsorg	Region Västerbotten
Ewa Klingefors	T.f. Primärvårdsdirektör	Västerbottens läns landsting
Gunilla Larsson	Verksamhetschef	Habiliteringscentrum VLL
Annika Nordin-Johansson	Bitr. HSdir	Västerbottens läns landsting
Annika Nordström	Chef, FoU välfärd	Region Västerbotten,

Staffan Näslund	Socialchef
Torbjörn Olofsson	Hjärnkoll Västerbotten
Lena Pettersson	Verksamhetschef VUP
Ellinor Salander Renberg	Enhetschef
Ann-Christin Sundberg	HSdir
Susanne Waldau	Strateg
Anna Wallgren	Verksamhetschef, BUP

Skellefteå kommun

Västerbottens läns landsting

Umeå universitet

Västerbottens läns landsting

Västerbottens läns Landsting

Västerbottens läns landsting

BILAGA 2. Deltagare i Workshops

Jämtland

Anette Boije	Primärvård, Region Jämtland Härjedalen
Catrine Skoglund	Socialförvaltningen, Östersunds kommun
Tommy Lekedal	Socialförvaltningen, Östersunds kommun
Anna Fremner	Primärvård, Region Jämtland Härjedalen
Janne Persson	Social välfärd, Region Jämtland Härjedalen
Monica Fredriksson	Primärvård, Region Jämtland Härjedalen
Mikael Lec Alsén	BUP, Region Jämtland Härjedalen
Helena Lindberg	Krokoms kommun
Elin Ring	Social välfärd, Region Jämtland Härjedalen
Ia Linusson	Jämtlands läns brukarråd
Eva Andersson	Vuxenpsykiatri, Region Jämtland Härjedalen
Marie Vackermo	Åre kommun

Norrbottnen

Karin Nordberg	Psykiatri Luleå
Pernilla Nordkvist	Psykiatri Länskliniken Öjebyn
Heike Runge	Psykiatri Gällivare,
Ann-Kristin Holmgren	Psykiatri Gällivare
Inga-Lill Modig	Psykiatri Gällivare
Björn Forssén	Psykiatri Piteå
Lena Enkvist	Psykiatri Piteå
Peter Bergman	Primärvård Kalix
Tyra Hansson	NSPH
Bengt Westling	NSPH
Monica Westman	Kommunen Kalix
Gunilla Granqvist	Kommunen Piteå
Eva Lakso	Kommunförbundet Norrbotten
Helena Asklund	Kommunförbundet Norrbotten
Zophia Mellgren	SKL

Västerbotten

Annika Westman	Bjurholms kommun
Roland Bång	Vilhelmina kommun
Annika Nordström	Region Västerbotten
Helen Abrahamsson	Umeå kommun
Helena Sjögren	Umeå kommun
Lena Sjökvist Andersson	VLL - Folkhälsoenheten
Torbjörn Olofsson	Hjärnkoll
Lage Grankvist	Hjärnkoll
Barbro Helgesson	VLL - BUP
Anna Wallgren	VLL - BUP
Ellinor Salander Renberg	VLL/ universitetet
Helen Strandberg Mårtensson	VLL – Psykiatricentrum Södra Lappland
Marita Degerman	VLL – Psykiatricentrum Södra Lappland
Jan Sundström	VLL - Psykiatricentrum Skellefteå
Lillemor Eriksson	VLL – Primärvården

BILAGA 3. Beräkning för fördelning av resurser i regionala programområdet

Exemplet nedan utgår från att det finns en finansiering på åtta miljoner kronor per år vilket motsvarar statsbidraget till cancercentrum. Beräkningen utgår från en antagen snittlön på 67 500 inklusive löneomkostnader

Omfattning kansliorganisation

Specialistresurser som samordnas med andra regionala programområden och nationella programområden. På regional antas RPO psykisk hälsa behöva 0,5 statistiker och 0,2 kommunikatör samt 1,0 samordnare vilket motsvarar 1,7 helårstjänster.

I länen placeras administratörer/samordnare som ansvarar för att stödja processutveckling och hålla samman frågor i landsting och kommuner. I varje län avsätts resurser motsvarande en halvtid för landstinget och en halvtid för kommunerna. Resurserna placeras i befintlig struktur och kan i vissa fall lösas med tjänsteköp beroende på vilken kompetens och utrymme i tjänst som finns. Totalt, $0,5+0,5$ i fyra län = 4,0 helårstjänster

Processledareorganisation för 10 olika processer

För varje vård och insatsprogram tillsätts experter för att fungera som antingen regionala processledare eller lokala processledare. För närvarande planeras i Nationella programområdet för tio olika kunskapsunderlag.

Regionala processledare $0,2$ per process $\times 10 = 2,0$

Lokala processledare landstingen $0,1$ per process $\times 10 = 1,0$

Lokala processledare kommunerna $0,1$ per process $\times 10 = 1,0$

Lönekostnader

Kanslifunktion motsvarande 5,7 helårstjänster = 4 617 000 kr

Regionala processledare motsvarande 2,0 helårstjänster = 1 620 000 kr

Lokala processledare motsvarande 2,0 helårstjänster = 1 620 000 kr

Totalt: 7 857 000 kr