

# Primärvårdens stöd till vuxnas psykiska hälsa i Skaraborg- nuläge och åtgärdsförslag

Datum: 2024-05-01

Innehållsansvarig: Nina Sahlberg, koordinator, Vårdsamverkan Skaraborg

E-post: [nina.sahlberg@vgregion.se](mailto:nina.sahlberg@vgregion.se)

## Tack

Utan primärvårdens hängivna medarbetare hade denna kartläggning och rapport inte varit möjlig. Ett varmt tack till er alla för ert engagemang och för att ni delat med er av era värdefulla erfarenheter, åsikter och kunskaper kring arbetet med psykisk hälsa.

Ett särskilt tack vill jag rikta till Annica Loft, utvecklingsledare hos Närhälsan, som fungerat som mitt ovärderliga processtöd. Hennes guidning och stöd har varit avgörande för att genomföra detta arbete.

Hälsningar

Nina Sahlberg  
Koordinator  
Vårdsamverkan Skaraborg

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b>	<b>5</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>6</b>
<b>Utgångspunkter</b>	<b>7</b>
Primärvård	7
Primärvård- ett uppdrag två huvudmän	7
Begreppet psykisk hälsa	8
Förekomst psykisk ohälsa	9
<b>SOU 2021:6 God och nära vård- ”Rätt stöd till psykisk hälsa”</b>	<b>10</b>
Sammanfattning av SOU 2021:6	10
Modell ”Rätt stöd till psykisk hälsa”	10
<b>Syfte</b>	<b>11</b>
<b>Metod</b>	<b>12</b>
Genomförande	12
Avgränsningar	13
<b>Resultat</b>	<b>13</b>
<b>Vårdcentraler (regional primärvård)</b>	<b>13</b>
Uppdrag psykisk hälsa	13
Organisering av arbetet med psykisk hälsa	15
Vägen in	17
Evidens, metod och arbetssätt	17
Behov och resurser	20
Samarbete och samverkan	22
<b>Rehabmottagningar</b>	<b>24</b>
Uppdrag psykisk hälsa	24
Organisering av arbetet med psykisk hälsa	26
Vägen in	26
Evidens, metod och arbetssätt	26
Behov och resurser	27
Samarbete och samverkan	27
<b>Kommunal primärvård</b>	<b>28</b>
Uppdrag psykisk hälsa	28

Organisering av arbetet med psykisk hälsa	29
Vägen in	31
Evidens, metod och arbetssätt	32
Behov och resurser	33
Samarbete och samverkan	35
<b>Diskussion och åtgärdsförslag</b>	<b>37</b>
<b>Uppdrag psykisk hälsa</b>	<b>37</b>
Åtgärdsförslag uppdrag	37
<b>Organisering av arbetet med psykisk hälsa</b>	<b>38</b>
Åtgärdsförslag organisering	38
<b>Vägen in</b>	<b>39</b>
Åtgärdsförslag ”Vägen in”	40
<b>Evidens, metod och arbetssätt</b>	<b>41</b>
Åtgärdsförslag evidens, metod och arbetssätt	41
<b>Behov och resurser</b>	<b>42</b>
Åtgärdsförslag behov och resurser	42
<b>Samarbete och samverkan</b>	<b>43</b>
Åtgärdsförslag intern samverkan vårdcentraler	43
Åtgärdsförslag intern samverkan kommunal primärvård	44
Åtgärdsförslag samverkan primärvårdsnivå; Rehab, kommun och vårdcentral	44
Åtgärdsförslag samverkan vårdnivåer	45
<b>Referenslista</b>	<b>46</b>
<b>Bilaga</b>	<b>47</b>
Frågeunderlag som användes i dialoger med verksamma.	47

# Sammanfattning

Primärvården är ofta den första kontakten och den naturliga ingången till hälso- och sjukvården för patienter som upplever bekymmer kring psykisk hälsa. Primärvård är en vårdnivå som består av två huvudmän, region och kommun, som tillsammans utgör primärvård och basen i hälso-och sjukvården.

Stöd till psykisk hälsa kräver inte alltid sjukvårdens inblandning. Vårdens medarbetare har dock en viktig roll i att bedöma om patientens bekymmer handlar om psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd som kräver vård, behandling eller lots till annat stöd. För att framgångsrikt ge rätt stöd krävs god kunskap om psykisk hälsa hos primärvårdens personal. De behöver ha kännedom om andra verksamheters stöd och fungerande samverkan med andra instanser i samhället.

I denna rapport beskrivs resultaten från en kartläggning av primärvårdens arbete med psykisk hälsa i Skaraborg. Utifrån vad som framkom i kartläggningen föreslås åtgärder för att förbättra primärvårdens stöd till psykisk hälsa. De föreslagna åtgärderna är i linje med den modell som presenteras i den statliga utredningen ”En god och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa” SOU 2021:6. Förhoppningen är att rapporten ska kunna bidra till att förbättra primärvårdens stöd till psykisk hälsa i Skaraborg och därigenom bidra till en jämlik och effektiv vård för alla invånare.

Kartläggningen, presenterad i denna rapport, visade på utmaningar i arbetet. Bristande samverkan, både inom och mellan olika verksamheter, utgör en av de största utmaningarna. Svårigheter att etablera dialog och samarbete mellan specialistpsykiatri och primärvård är särskilt framträdande, och behovet av förbättrad samverkan inom primärvården är stort.

Kartläggningen visar också på behov av att tydliggöra primärvårdens ansvar kring psykisk hälsa, likvärdigt med fysisk hälsa. Kommunal primärvård behöver särskilt tydliggöra sitt uppdrag kring psykisk hälsa. Nuvarande tolkning av ansvar bedöms vara begränsat både gällande vård och bedömning av psykisk ohälsa. Behov av ökad användning av strukturerade bedömningsmetoder och rekommenderade behandlingsinsatser inom primärvården identifieras också. Idag varierar den vård och behandling som patienter erbjuds beroende på var i Skaraborg de bor och vilken verksamhet de vänder sig till.

En sammanfattning av de förslag som redogörs för i rapporten presenteras nedan:

## **Förtydliga primärvårdens uppdrag och ansvar kring psykisk hälsa:**

- Definiera övergripande uppdrag och ansvar kring psykisk hälsa kring för och mellan huvudmännen.

- Utveckla riktlinjer och rutiner kring arbetet med psykisk hälsa utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer och kunskapsstöd.

- **Skapa en sammanhållen vårdkedja:**

- Etablera eller nyttja **mötesplatser för samverkan mellan olika aktörer i vårdkedjan** som inkluderar kommunal och regional primärvård, specialistpsykiatri och socialtjänst samt relevanta representanter från frivilliga organisationer.
- Etablera **strukturer för att stärka och underlätta samverkan** till exempel genom konsultation mellan specialistpsykiatri- och primärvårdsnivå.
- **Utveckla samordnade stöd-och behandlingsinsatser mellan huvudmännen, enligt modellen Stegvis vård.** Dessa bör utgå från relevanta kunskapsunderlag, såsom Socialstyrelsens riktlinjer och kunskapsstöd och beskriva vem som gör vad i respektive steg.

- **Stärk användningen av evidensbaserade metoder:**

- Öka användningen av **strukturerade bedömningsinstrument** för att identifiera psykisk ohälsa och för att erbjuda adekvata insatser.
- Erbjud rekommenderade behandlingsinsatser vid psykisk ohälsa.

## Bakgrund

På uppdrag av regeringen har en utredning genomförts för att undersöka och förbättra hälso- och sjukvården i Sverige, med primärvården som utgångspunkt och nav. Denna utredning har resulterat i fem delbetänkanden, varav det sista, SOU 2021:6 "God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa", specifikt fokuserar på primärvårdens roll i hanteringen av psykisk ohälsa hos vuxna. Utredningen presenterar en modell för att utveckla primärvårdens stöd till psykisk hälsa.

I Skaraborg finns en delregional samverkansarena mellan region och kommun, Vårdsamverkan Skaraborg, som hanterar frågor relaterade till vård, stöd och omsorg samt skola. Med utgångspunkt i utredningen "God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa" (SOU 2021:6) beslutade styrgruppen för Vårdsamverkan Skaraborg om en projektanställning. Projektets syfte var att kartlägga hur primärvården i Skaraborg idag arbetar med psykisk ohälsa och föreslå eventuella åtgärdsförslag.

I den här rapporten presenteras resultatet av kartläggningen av hur primärvårdsverksamheter i Skaraborg hanterar vuxna med behov av stöd till psykisk hälsa. Kartläggningen, inklusive arbetet med denna rapport, utfördes av en projektanställd under perioden oktober 2023 till och med maj 2024.

## Utgångspunkter

### Primärvård

Primärvård är en central del av hälso- och sjukvården som syftar till att tillgodose de vanligaste vårdbehoven. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) omfattas både regionens och kommunens hälso- och sjukvårdstjänster av definitionen primärvård (SOU 2022:6). Enligt definitionen av primärvård omfattar den all hälso- och sjukvård, vilket innebär att primärvården ansvarar för både fysisk och psykisk hälsa. Det görs heller ingen indelning i fysisk eller psykisk hälsa i övriga bestämmelser i HSL. I de sammanhang där begreppen hälso- och sjukvård, hälsa med mera förekommer, inkluderas omhändertagande av både fysiska och psykiska behov. Det gäller till exempel definitionen av hälso- och sjukvård, som anger att hälso- och sjukvård bland annat är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Det gäller också målet med hälso- och sjukvården om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, där god hälsa avser både fysisk och psykisk hälsa. Samma princip gäller bestämmelsen om att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (SOU 2021:6).

Den 1 juli 2021 trädde en ny definition i kraft som innebär att primärvård omfattar öppenvård utan begränsningar avseende sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Det är primärvårdens ansvar enligt den nya definitionen att tillhandahålla medicinsk bedömning, behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver specifika medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. (SOU 2021:6).

### Primärvård- ett uppdrag två huvudmän

Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, regioner och kommuner, regleras i HSL. Enligt 8 kap.1§ HSL ansvarar regionen för att de som är bosatta inom regionen får en god hälso-och sjukvård och ska verka för en god hälsa hos hela befolkningen, om inte annat särskilt reglerat. Nuvarande definition av primärvård i 2 kap. 6 § HSL är utformad med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdens ansvar som helhet, oavsett huvudman. Även den kommunala primärvården ska ansvara för behovet av medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering, men inte för kliniska läkarinsatser (SOU 2021:6). Hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för skiljer sig inte från annan hälso- och sjukvård som ges av sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Kommunernas ansvar ska vara av samma art som regionernas motsvarande ansvar, med den begränsningen att det inte omfattar läkarinsatser (Socialstyrelsen, 2020).

Kommunerna är enligt 12 kap. 1§ HSL ansvariga för att erbjuda vissa hälso-och sjukvårdsinsatser åt personer i vissa boendeformer och personer i dagverksamhet. Kommuner får även enligt 12 kap.2§ HSL erbjuda ytterligare personkretsar hälso-och sjukvård i hemmet. Vilken hälso- och sjukvård, till vilka åldersgrupper och vilka insatser som omfattas, skiljer sig åt mellan olika kommuner. Omfattningen av respektive kommuns ansvar framgår av de överenskommelser som kommunen ingått med regionen.

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland reglerar ansvaret mellan region och kommuner i Västra Götaland. Av avtalet framgår att kommuner ska enligt 12 kap. 1 § HSL (2017:30) erbjuda hälso- och sjukvård åt personer med beslut om särskilt boende, bostad med särskild service samt under vistelsetiden åt personer med beslut om dagverksamhet, (SoL), samt i daglig verksamhet, (LSS). Sedan regionbildningen 1999 har kommunen även ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende. Kommunernas hemsjukvårdsansvar i Skaraborg omfattar:

- Patienter som på grund av somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning inte kan ta sig till regionens mottagningar utan större svårigheter och där det på grund av insatsernas omfattning och frekvens motiverar att vården ges i patientens hem.
- Patienter med behov av hemsjukvård över tid, oavsett ålder eller diagnos, som kan ges med bibehållen patientsäkerhet i patientens hem.
- Personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk ska erbjudas hälso- och sjukvård i enlighet med detta avtal.

Samverkan mellan regionen och kommunen regleras i HSL:s 16 kapitel. Enligt detta ska regionen tillhandahålla läkarresurser som kommunerna behöver för sitt bedrivande av hälso- och sjukvård i särskilda boenden och dagverksamheter samt i hemsjukvård om kommunen har ansvar för vården. Läkare anställs av regionen och kan vara knutna till kommunens verksamheter via avtal. Hälso- och sjukvården som kommunen ansvarar för ska ges på primärvårdsnivå. Det innebär att den inte omfattar specialistvård eller avancerad sjukvård. Verksamheten ska vara i enlighet med HSL och annan relevant lagstiftning (SOU 2021:6).

Vid val av professionssammansättning måste regioner och kommuner följa HSL:s krav på att det finns tillräcklig personal för att ge god vård överallt där hälso- och sjukvård bedrivs. Vidare ska regionen och kommunen tillsammans upprätta en individuell plan när en individ behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten (SOU 2021:6).

## Begreppet psykisk hälsa

För att förstå vilket uppdrag primärvården förväntas möta behövs ett förtydligande kring begreppet psykisk hälsa. Psykisk hälsa och psykisk ohälsa som begrepp kan tolkas och inbegripa olika saker för olika individer. Enligt SOU 2021:6 är målgruppen som primärvården skall organisera sig för, individer som upplever psykisk ohälsa som hen inte förmår att hantera på egen hand.

Nedan presenteras den gemensamma och enhetliga begreppsmodell som Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och socialutvärdering och Sveriges Kommuner och Regioner har enats om (Socialstyrelsen, 2022). Samma begreppsmodell bekräftas som relevant i rapporten SOU 2021:6. **Beskrivning av begreppsmodellen följer här nedan:**

**Psykisk hälsa** är ett paraplybegrepp för både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. De är inte alltid motsatser till varandra.

**Psykiskt välbefinnande** handlar om att kunna hantera livets svårigheter, att känna tillfredsställelse med livet eller ha goda sociala relationer. Det handlar även om att kunna känna njutning, lust och lycka.

**Psykisk ohälsa** innefattar både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Båda orsakar lidande, för individen själv eller omgivningen.

**Psykiska besvär** beskrivs som vanliga och är ofta reaktioner på händelser eller situationer i livet. De kan vara milda eller svåra, beroende på hur mycket vardagen påverkas, men inte så svåra att de uppfyller kriterier för en psykiatrisk diagnos. Några exempel på vanliga psykiska besvär är oro, nedstämdhet och sömnsvårigheter.

**Psykiatriska tillstånd** Är psykisk ohälsa som uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos. Psykiatriska tillstånd innefattar psykiska sjukdomar och syndrom och utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser.

**Psykiska sjukdomar och syndrom** kan debutera när som helst i livet. Exempel: depression, ångestsyndrom och schizofreni samt skadligt bruk och beroende.

**Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser** kallas också för neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Några exempel är ADHD, autismspektrumsyndrom och intellektuell funktionsnedsättning.

## Förekomst psykisk ohälsa

Det finns en allmän bild av att psykisk ohälsa har blivit vanligare under de senaste decennierna, men det råder delade meningar om hur mycket, för vilka grupper och hur den förändringen bäst ska beskrivas. Beskrivningar och tolkningar beror bland annat på vilka olika aspekter av psykisk hälsa som avses, vilken tidsperiod som studeras och hur olika uppgifter har tagits fram, exempelvis om de utgörs av självrapporterade uppgifter eller registerbaserade uppgifter från hälso- och sjukvården (Folkhälsomyndigheten 2023).

I den nationella folkhälsoenkäten 2022 uppgav 80 procent av befolkningen att de har ett gott psykiskt välbefinnande. Samtidigt är det allt fler som uppger att de har återkommande psykiska besvär, till exempel känslor av oro, ångest och stress samt sömnbesvär. Genomgående skattar flickor och kvinnor sitt psykiska välbefinnande och sitt allmänna hälsotillstånd lägre än pojkar och män. Fler än tidigare söker också psykiatrisk vård och hämtar ut psykofarmaka på grund av psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten 2023).

Psykiska besvär kan påverka funktionsförmågan i olika grad, medan psykiatriska tillstånd allvarligt kan begränsa en individs funktionsnivå. Det är vanligt att samhället inte kan möta de behov och utmaningar som uppstår till följd av psykiatriska tillstånd, och att det leder till funktionshinder för de drabbade personerna. Det medför negativa konsekvenser och

kostnader för patienter, närstående och samhället (Folkhälsomyndigheten 2023). Psykisk ohälsa står idag för över hälften av alla längre sjukskrivningar enligt Försäkringskassans lägesrapport från 2023.

## **SOU 2021:6 God och nära vård- ”Rätt stöd till psykisk hälsa”**

### **Sammanfattning av SOU 2021:6**

På uppdrag av regeringen har det skrivits en offentlig utredning om God och nära vård som består av fem delbetänkanden. SOU 2021:6 God och nära vård- ”Rätt stöd till psykisk hälsa” är det femte och sista delbetänkandet i denna utredning. Utredningen lämnar förslag på hur man kan stärka primärvårdens roll för att hantera psykisk ohälsa.

Utredningen lämnar ett lagförslag om att det ska tydliggöras att primärvårdens uppdrag innefattar vård för både psykisk och fysisk hälsa. Den pekar också på ett behov av att primärvården behöver förändra sin organisering i grunden, genom att lämna sjukhusets organisering med stuprör och specialisering. Vidare konstateras att kommuner och regioner idag har varierande beskrivningar av uppdraget kring psykisk hälsa. Det saknas övergripande beskrivning av uppdraget och kompetenskrav. Det saknas också systematisk uppföljning av primärvården på nationell nivå när det kommer till området psykisk hälsa.

Utredningen konstaterar att primärvårdens uppdrag vad gäller psykisk hälsa innefattar att ta hand om de individer som upplever psykisk ohälsa, som individen inte förmår att på egen hand hantera. Detta kan innefatta psykiska besvär likväl som psykiatriska tillstånd. Sjukvården ska stå för den medicinska bedömningen. Stödet som erbjuds kan innebära egenvårdsråd, hänvisning till stöd inom eller utanför hälso-och sjukvården och olika typer av hälso-och sjukvårdsinsatser.

De slutsatser som utredningen kommer fram till presenteras i en modell som benämns ”Rätt stöd till psykisk hälsa”. Modellen består av tre områden som innefattar vägen in, organisering av primärvårdens insatser samt samverkan och samarbete. Modellen baseras på hur individen möter vården och tydliggör primärvårdens uppdrag när det gäller psykisk hälsa. Här nedan sammanfattas modellen.

### **Modell ”Rätt stöd till psykisk hälsa”**

#### ***Vägen in***

Primärvården skall ha hög tillgänglighet till första bedömning och vid behov behandling enligt stegvis vård. Stegvis vård innebär att varje individ ges stöd och behandling på rätt nivå, efter individuell förmåga. Hög tillgänglighet innefattar snabb tillgång till besök, telefontillgänglighet och öppethållande samt bemanning och personal med kompetens och kunskap kring psykisk ohälsa.

Det tydliggörs att regionens primärvård ansvarar för att patienter med psykisk ohälsa ska få en första medicinsk bedömning inom tre dagar. När bedömning gjorts ska vid behov adekvat behandling erbjudas patienten. Utredningen pekar också på att medicinska bedömningar vid psykisk ohälsa behöver kvalitetssäkras genom ökad användning av Socialstyrelsens rekommenderade bedömningsinstrument. En orsak till det är att 50% av de personer som söker vård på grund av ångest och depression aldrig diagnosticeras (SOU 2021:6).

För kommunal primärvård påtalas behov av relevanta kunskapsstöd för att personalen ska kunna identifiera misstänkt psykisk ohälsa hos de patienter som erhåller hälso- och sjukvård av kommunen. Vikten av fast vårdkontakt poängteras också, likväl som kontinuitet i relationer mellan personal och patienter som erhåller stöd. Vidare ges förslag på att kommuner bör utveckla rutiner för att säkerställa att när misstänkt psykisk ohälsa identifieras, ges patienten tillgång till medicinsk bedömning av relevant kompetens inom kommunen eller regionens primärvård. Det kan medföra arbete i psykosociala team som spänner över huvudmannagränser enligt utredningen.

### *Organisering av primärvårdens insatser*

Huvudmännen bör organisera omhändertagandet av psykisk ohälsa genom väl sammanhängande insatser som är stegvisa. För att garantera detta krävs en övergripande struktur för omhändertagandet, beslutad på huvudmannanivå. Dessa insatser bör grundas på relevanta kunskapsunderlag, såsom Socialstyrelsens riktlinjer och kunskapsstöd, inom ramen för huvudmännens gemensamma modell för kunskapsstyrning. Det är viktigt att insatser för att säkerställa en systematisk och kontinuerlig uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa ingår som en del av den fastställda övergripande strukturen.

### *Samarbete och samverkan*

Utredningen konstaterar att för att uppnå en god, nära och samordnad vård för patienter krävs samarbete och samverkan. Detta gäller inte bara inom olika delar av huvudmännens hälso- och sjukvård, utan också med elevhälsan, studenthälsovården, företagshälsovården och socialtjänsten. Dessutom bedömer utredningen att samverkan med det civila samhällets aktörer måste förstärkas. Huvudmännen måste säkerställa att det finns strukturer som underlättar sådan samverkan mellan hälso- och sjukvårdens verksamheter på primärvårdsnivå och relevanta civilsamhällsaktörer.

## **Syfte**

Syftet med denna rapport är att:

- Kartlägga primärvårdens stöd till vuxnas psykiska hälsa i Skaraborg.
- Beskriva samverkansstrukturer, arbetssätt och rutiner kopplade till psykisk hälsa.
- Identifiera hinder och möjligheter i arbetet med psykisk hälsa.

- Identifiera glapp mellan nuläge och önskat läge baserat på SOU 2021:6.
- Föreslå åtgärder i linje med SOU 2021:6

Genom att belysa nuläget och presentera åtgärdsförslag är förhoppningen att rapporten ska kunna bidra till en positiv utveckling av primärvårdens hantering av stöd till vuxnas psykiska hälsa.

## Metod

### Genomförande

För att få en bild av hur arbetet med psykisk hälsa fungerar inom primärvården i Skaraborg genomfördes en kartläggning. Kartläggningen pågick från november 2023 till april 2024. Kartläggningen innefattade dialoger med personal inom både regional och kommunal primärvård. Fokus låg på verksamheter som möter patienter med upplevd psykisk ohälsa i ett tidigt skede inom primärvårdsnivån.

Dialog genomfördes med personal inom följande verksamheter i Skaraborg:

- Vårdcentraler (personal från psykisk hälsa team)
- Rehabmottagningar
- Kommunala verksamheter med fokus på legitimerad personal som arbetar enligt HSL, ej enligt socialtjänstlagen (SoL).
- Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) från Skaraborgs kommuner.
- Verksamma som deltar i lokala samverkansgrupper (Trepartsgrupper) i Skaraborg kring samverkan som rör patienter med psykisk ohälsa, skadligt bruk och beroende.

Frågeställningar till verksamma rymdes inom dessa övergripande områden:

- Uppdrag psykisk hälsa
- Organisering av arbetet med psykisk hälsa
- Vägen in för stöd
- Evidens, metoder och arbetssätt
- Behov och resurser
- Samarbete och samverkan

Områdena för frågeställningarna hämtade inspiration från områden som diskuteras i utredningen SOU 2021:6 och som beskrivs vara av vikt att utveckla. Dialogerna utgick från öppna frågor inom ovan nämnda områden. Vid behov ställdes mer specifika frågor för att få en djupare förståelse eller för att tydliggöra. Personal fick också möjlighet att prata fritt om deras upplevelse av hur arbetet med psykisk hälsa fungerar idag. Verksamma kunde berätta vad de upplevde för hinder och möjligheter i arbetet med att ge stöd till psykisk hälsa samt

förslag på hur vården skulle kunna förbättras kring patienter med psykisk ohälsa. För mer information om frågeställningarna som användes vid intervjuerna, se Bilaga 1.

## Avgränsningar

Kartläggningen har samma avgränsningar som utredningen SOU 2021:6. Beskrivningen fokuserar på hur vuxnas psykiska hälsa hanteras inom primärvården. Stöd till barn och unga, specialistpsykiatriens insatser och socialtjänstens roll beaktas inte. Anledningen är att SOU 2021:6 uteslöt dessa områden på grund av andra pågående statliga utredningar.

## Resultat

Resultatet redovisas separat för respektive verksamhetsområde; vårdcentraler (regional primärvård), rehabmottagningar (regional primärvård) och kommunal primärvård. Nulägesbilden från kartläggningen presenteras efter de övergripande områdena som frågeställningarna till verksamma rymdes inom enligt nedan:

- Uppdrag psykisk hälsa
- Organisering av arbetet med psykisk hälsa
- Vägen in för stöd
- Evidens, metoder och arbetssätt
- Behov och resurser
- Samarbete och samverkan

## Vårdcentraler (regional primärvård)

### Uppdrag psykisk hälsa

Kartläggningens resultat visar att uppdraget kring psykisk hälsa är komplext. Detta leder till otydliga gränsdragningar och varierande tolkningar av uppdraget bland vårdcentraler och personal. Många hänvisar till befintlig Regional medicinsk riktlinje (RMR) för att definiera uppdraget och även ansvarsområde mellan primärvård och specialistpsykiatri. Det råder dock delade meningar om riktlinjens tydlighet och tillämpbarhet. Vissa följer den strikt medan andra inte anser att den är speciellt användbar i praktiken utifrån olika tolkningar av densamma. Flertalet verksamma beskriver att det är ett väldigt brett uppdrag de har. De ska kunna möta upp allt som patienter söker vård för men inte ge behandling till alla och för alla orsaker.

### *Olika tolkningar och avgränsningar av uppdraget*

En konsekvens av det breda uppdraget kring psykisk ohälsa, som framkommer under kartläggningen, är att vårdcentraler förhåller sig olika till om huruvida en patient ska erhålla stöd eller inte. Vårdcentraler beskriver varierande kriterier som avgörande. Detta riskerar att leda till ojämlikheter i vården och kan innebära att patienter med liknande behov får olika bemötande och vård beroende på vårdcentral. Flera verksamheter beskriver att de behöver prioritera och avgränsa arbetet, som en konsekvens för att kunna hantera den mängd av patienter som söker vårdcentralens stöd kring psykisk hälsa.

En del verksamma betonar att deras uppdrag innebär att erbjuda behandling, snarare än samtalsstöd. Andra vårdcentraler ställer sig frågande till en sådan typ av avgränsning då de ser det som ett sätt att förebygga ökat psykiskt lidande. En annan avgränsning som förekommer är att patienter behöver vara motiverade för att erbjudas samtalsbehandling. Andra begränsar sig till att inte erbjuda behandling till personer som saknar fungerande bas i livet, som till exempel bostad och inkomst. Patienter med omfattande bekymmer kring basen beskrivs inte kunna ta till sig behandling, utan sällas bort, då de först anses behöva få stöd och hjälp för att få en fungerande vardag. Andra verksamma beskriver i stället vara den instans som får ta hand om de som kommer i stället för att lämna patienter utan stöd.

En vårdcentral uppger att de prioriterar i digniteten av problemen för att hinna med de patienterna med störst behov. Därav jobbar de inte med så kallade livsbekymmer och motivation till förändring. Vissa vårdcentraler fokuserar på att hantera patientens mest prioriterade problem, och begränsar därmed sitt stöd till just ett utpekat problem. Detta beskrivs som en konsekvens av vårdcentralens förutsättningar och att de måste kunna ge färre insatser till fler patienter, hellre än att ge många insatser till några få.

### *Förebyggande arbete*

Få vårdcentraler beskriver att de har något konkret förebyggande arbete för att motverka psykisk ohälsa. En vårdcentral uppger att de är mer fokuserade på behandling och att det därav inte ryms förebyggande arbete.

Andra vårdcentraler lyfter och pekar på att deras höga tillgänglighet och snabba väg till första kontakt är att se som förebyggande arbete. Då patienter lätt och snabbt får kontakt med vårdcentralen när de upplever bekymmer kring psykisk hälsa förebygger detta att symptomen förvärras. Andra beskriver att mycket av de basala råden kring sömn, kost och motion som de ger till patienter är att ses som förebyggande åtgärder. Ytterligare en annan vårdcentral beskriver att det inte finns något reglerat kring hur vårdcentralen ska arbeta med förebyggande insatser men anser att de gör det ändå. Andra vårdcentraler påpekar att de erbjuder samtal till alla som söker kontakt och att det blir en form av förebyggande arbete.

Flera vårdcentraler beskriver en önskan om att kunna arbeta mer förebyggande till exempel genom att erbjuda öppna föreläsningar till vem som helst. De beskriver att det i nuläget inte är genomförbart på grund av tidsutrymme, lämplig lokal och för lite personalresurser. En

annan vårdcentral har upparbetat fler öppna föreläsningar som de erbjuder löpande under året så som sömnskola, stresskola och ångestskola. Ämnena för de öppna föreläsningarna är baserade på vad de uppmärksammat att flertalet patienter önskar stöd kring.

## Organisering av arbetet med psykisk hälsa

### *Psykisk hälsa team*

Samtliga vårdcentraler har någon form av psykisk hälsa team som arbetar med patienter i behov av stöd kring psykisk hälsa. Det varierar hur man valt att bemanna teamet vad gäller antal personer i teamet, vilka professioner som ingår i teamen och vilken utbildning som finns i teamet. De vanligaste professionerna är sjuksköterskor, psykiatrisjuksköterskor, kuratorer och psykologer samt socionomer. De flesta har någon personal med vidareutbildning inom KBT.

Det går inte direkt att se någon koppling till antal listade patienter och antal medarbetare i teamet. Det beskrivs av vissa bero på intresse och/eller kunskap om psykisk hälsa från chef och ledning. Vissa vårdcentraler pekar på upplevd okunskap från ledning om vad teamen gör i sitt arbete, medan andra ser det som mer positivt att få styra sitt arbete själva.

De flesta vårdcentraler har tillgång till psykolog. Tillgången varierar mellan olika enheter, och vissa delar en psykologtjänst mellan flera vårdcentraler. Detta påverkar vad för utredning och behandling som kan erbjudas patienter. Enligt kraven i kvalitetsboken för vårdcentraler ska alla ha tillgång till psykolog. I praktiken ser det dock inte alltid ut så. Vissa har psykolog mindre än en dag per vecka och några få saknar helt.

Det varierar mellan vårdcentraler om funktionerna rehabkoordinator och vårdsamordnare ingår i teamen för psykisk hälsa. Det varierar också om en anställd har uppdrag som både rehabkoordinator, behandlare och vårdsamordnare eller enbart arbetar med det ena eller andra uppdraget. Det beskrivs splittrat och svårt att navigera i för personalen. Det försvårar att ersättning ges för vissa roller och arbetsuppgifter och för andra inte. Det är olika dokumentationssystem beroende på vilken roll du agerar i för tillfället.

Det varierar också mellan vårdcentraler i vilken omfattning andra yrkesgrupper är involverade i arbetet kring psykisk hälsa. Flertalet psykisk hälsa team beskrivs vara de på vårdcentralen som utför större delen av arbetet kring patienter med psykisk ohälsa. De svarar för rådgivning, bedömning och kartläggning samt behandling, gruppinterventioner och samarbete med andra aktörer. På flera håll beskrivs personal i psykisk hälsa teamen vara ett stöd till andra professioner på vårdcentralen i bemötande och hantering av patienter med psykisk ohälsa.

Från flera håll beskrivs psykisk hälsa team vara en avlastning från läkares arbete då det inte skulle vara rimligt för läkare att hinna med att utföra det arbete som krävs kring patienter med psykisk ohälsa. Läkarnas och andra professioners funktion beskrivs oftast som en annan del

av verksamheten och som en tillfällig resurs som personalen i teamen i vissa ärenden får påkalla åtgärder och bedömningar ifrån.

### ***Organisering kring psykisk hälsa på vårdcentraler***

Samtliga vårdcentraler i Skaraborg har en mindre eller lite större personalgrupp som är vårdcentralens ”team för psykisk hälsa”, oftast består teamen av två till fyra personer. Det är personal från dessa team som patienter med psykisk ohälsa får träffa. Trots att alla vårdcentraler har team för psykisk hälsa med fokus på att ge stöd och behandling till personer med psykisk ohälsa, finns det tydliga skillnader i hur personalen i dessa team beskriver och upplever sitt arbete.

Vårdcentraler med tätt samarbete mellan teamet för psykisk hälsa och övrig personal på vårdcentralen beskriver sitt arbete mer hanterbart. Personalen uttrycker större nöjdhet med arbetssituationen och sin förmåga att ge adekvat stöd till patienter. För att samarbetet ska fungera optimalt beskriver verksamma att alla på vårdcentralen behöver ha en god förståelse för psykisk hälsa teamets roll och ansvarsområde. Det krävs en vilja att samarbeta och kommunicera kontinuerligt mellan teamet och övrig personal.

Vårdcentraler där tätt samarbete mellan psykisk hälsa team och övriga på vårdcentralen saknas beskriver sig som mer isolerade och ensamma i arbetet. De upplever att de ansvarar för allt arbete med psykisk hälsa på vårdcentralen, medan övrig personal fokuserar mer på fysiska åkommor.

Team som beskriver sig som en del av vårdcentralen har jobbat aktivt för att komma dit. De har till exempel stående punkter på arbetsplatsträffar eller teammöten och andra har fasta läkare kopplat till psykisk hälsa teamet. Det beskrivs ge en smidigt arbetsflöde kring gemensamma patienter. De har också stående tider där alla på vårdcentralen kan diskutera patientärenden med varandra en viss tid varje dag eller varje vecka.

### ***Tillgång till läkare påverkar arbetet***

Flera arbetsuppgifter kring patienter i behov av stöd kring psykisk hälsa kräver kontakt, bedömning och insatser från läkare. Det varierar huruvida patienter som söker stöd för psykisk hälsa vid ett första besök på vårdcentralen får träffa en läkare eller någon personal från psykisk hälsa teamet. Hur läkarna bedömer och tänker kring patienter i behov av stöd till psykisk hälsa är inte alltid tydligt för psykisk hälsa teamet och det saknas av tidsskäl möjligheter till mer strukturerade samverkansformer mellan läkare och teamet.

Olika beskrivningar ger kring hur dialogen mellan läkare och personal i psykisk hälsa team fungerar. Vissa beskriver att det tar tid att få till en dialog med läkare och andra beskriver ett tätare samarbete. Ett team för psykisk hälsa har en specifik läkare kopplat till sig och ett annat team uppger att de haft så tidigare, men sedan den läkaren slutade fick de ingen ny läkare som ville arbeta med riktat med psykisk hälsa. Flera verksamheter beskriver en svårighet i att ha kontinuerlig kontakt och dialog med läkare. De beskriver att de i flera lägen runt en patient är

beroende av läkare, till exempel vid behov av remiss till specialistpsykiatri, vid läkemedelsinsättning och vid sjukskrivningsärenden samt för att göra en adekvat medicinsk bedömning kring patienten där fysisk ohälsa har uteslutits.

## Vägen in

Patienter erbjuds olika vägar in för stöd och bedömning kring psykisk hälsa beroende på vårdcentral. På en del vårdcentraler får patienten träffa psykisk hälsa teamet direkt och på andra vårdcentraler är det läkare som träffar patienten först och remitterar sedan patienten vidare till psykisk hälsa teamet. De team som direkt hanterar patienter beskriver att det avlastar läkarnas arbetssituation. De beskriver också att psykisk hälsa teamet gör mer korrekta medicinska bedömningar. Detta förklaras av att gör en grundligare kartläggning kring vad bekymret handlar om utifrån att de har mer tid avsatt för varje besök än vad läkare. Det blir också lättare för teamet att göra en första sällning av patienter som behöver lotsas till andra verksamheter.

Vårdcentraler som erbjuder snabbast tid och enkla sätt för patienter att få kontakt erbjuder kontakt eller bedömning inom 72 timmar. Patienten kan själv boka tid via webben, ringa eller bli inbokad av andra professioner på vårdcentralen till psykisk hälsa teamet. Vårdcentraler som bedöms ha sämst tillgänglighet har arbetssätt med väntelista och ingen väg in för patienter att direkt komma i kontakt med psykisk hälsa teamet. Flera av dessa vårdcentraler ska också fördela den enskilda patientens ärende i teamet innan kontakt och tidsbokning sker med patient.

## Evidens, metod och arbetssätt

Flera vårdcentraler beskriver en omorganisering av arbetet med psykisk hälsa som skett på senare år. Vissa beskriver att organiseringen tillkommit utifrån krav om ökad tillgänglighet och andra har utvecklat det utifrån upplevda behov av förändring. Det tydligaste arbetssättet som framkommer bland vårdcentralerna är de som ger stöd och insatser via stegvis vård. Flera gemensamma steg har beskrivits från vårdcentraler som arbetar enligt modell stegvis vård.

### *Integrerad beteende hälsa (IBH)*

Flera av de offentligt drivna vårdcentralerna har implementerat IBH, Integrerad beteende hälsa, på vårdcentralen. IBH som arbetssätt kan kort förklaras ha fokus på snabb och enkel väg in och snabb tid för första bedömning. IBH innebär att alla professioner på vårdcentralen har en gemensam tanke och plan i arbetet med patienter i behov av stöd till psykisk hälsa. Enligt IBH ska stöd, vård och behandling ges i stegvisa integrerade insatser efter individuella behov.

Flera vårdcentraler har anammat delar av detta arbetssätt men det upplevs finnas en variation kring hur man implementerat arbetssättet. Verksamma beskriver att arbetet skiljer sig åt mellan olika vårdcentraler trots att de arbetar enligt IBH. Likheten beskrivs bestå i den snabba tillgängligheten för patienter att erhålla och boka tid direkt hos personal från psykisk

hälsa teamet. Detta har lett till en positiv upplevelse hos personalen som inte längre har någon kölista. De upplever att det ger ett snabbt och bra bemötande till patienter som önskar kontakt. Det beskrivs att arbetssättet IBH baseras på att hela vårdcentralen och samtliga professioner ska vara involverad i arbetet med psykisk hälsa. Det tycks vara en bit kvar i utvecklingen av den delen, då flertalet beskrivningar av upplägget främst har fokus på snabb tillgänglighet och snabb tid till psykisk hälsa teamet. Det saknas inblandning av övriga medarbetare på vårdcentralen i arbetet med psykisk hälsa vilket riskerar att ta bort helhetssynen kring patienters behov.

### *Digitalisering*

Olika vårdcentraler har kommit olika långt med användningen av digitalt stöd eller behandling för psykisk ohälsa. Det talas både för och emot att erbjuda fler digitala tjänster. Många beskriver utvecklingen av det digitala stödet och arbetet med patienter som ett sätt att organisera sig. Det beskrivs bli avlastande för personal att vissa patienter kan tillgodogöra sig digitalt stöd, egenvårdsråd och gruppinterventioner med mer eller mindre uppföljande stöd av personal i teamet.

Digital behandling och digitala samtal beskrivs som en del av att kunna erbjuda stegvis vård, genom att kunna ge mindre stöd till vissa patienter och mer omfattande stöd till de med störst behov. Detta beskrivs göra skillnad mot tidigare arbetssätt där alla patienter erbjöds enskild behandling som enda alternativ.

Det negativa som lyfts kring digital behandling och digitalt stöd är att det inte passar alla patienter och att vissa har behov av att träffas fysiskt. Patienter med bristande motivation och kognitiva nedsättningar är exempel som ges på tillstånd som försvårar för patienter att erhålla digitalt stöd.

### *Medicinsk bedömning- praxis ser olika ut*

Den första bedömningen beskrivs av de flesta psykisk hälsa team vara viktig för både patient och verksamhet. Enligt Krav-och kvalitetsboken för vårdval vårdcentral, ska en medicinsk bedömning ges inom tre dagar oavsett om det handlar om psykisk hälsa eller fysisk hälsa. Det varierar om och när den medicinska bedömningen sker beroende på vårdcentral.

Bedömningen kan göras av sjuksköterska direkt i telefon, vid besöket hos läkare eller vid besök hos personal från psykisk hälsa team. Vad som innefattas i en medicinsk bedömning varierar mellan vårdcentraler och få verksamma beskriver att de genomför standardiserade medicinska bedömningar vid psykisk ohälsa.

Flera team lyfter att de genomför en grundläggande anamnes som kan innefatta skattningsskalor. Bedömningen beskrivs av vissa kräva ett till tre besök med patienten, för att kunna göra en adekvat medicinsk bedömning. På viss håll är det uttalat att personal vid tveksamheter kring bedömning kan boka en patient direkt till personal i psykisk hälsa teamet. Andra har tagit fram underlag för bedömning till personal som mottar samtal i telefon på vårdcentralen. Psykisk hälsa team beskriver att de inte kan svara för hur andra på

vårdcentralen utför bedömningar kring psykisk ohälsa. En del uppger att det inte alltid görs en medicinsk bedömning när det handlar om psykisk ohälsa och att det i flera fall är oklart om och när det görs. En del patienter får testa olika åtgärder utan att ha fått en medicinsk bedömning.

Flera vårdcentraler beskriver att första utsällningen är att hänvisa patienter till andra instanser som är mer lämpade för uppdraget. Det kan handla om hänvisning till specialistvård, rehammottagningar, verksamhet för våld i nära relation och socialtjänst samt kyrkans ideella verksamheter.

### ***Bristande struktur och evidens***

Få verksamma beskriver att de har tillgång till strukturerad uppföljning av insatser. Detta står i kontrast till patienter som erhåller internetbaserad terapi, där uppföljningsfrågor ingår i behandlingsmodulen och därmed ger en tydligare bild av hur hjälpen fungerat. Vissa verksamma beskriver att skattningsformulär, när de används, kan följa symptomens utveckling hos patienten och utvärdera insatsens effekt. Andra efterfrågar muntlig återkoppling under behandlingen.

Strukturerad uppföljning av insatser saknas, vilket hindrar utvärdering av insatsers effekt. Flera verksamma lyfter fram utmaningen med att mäta effekten av behandlingssamtal. De menar att många faktorer påverkar utfallet, vilket gör det svårt att se en tydlig koppling till samtalen. I kontrast upplever de att medicinering ger ett mer konkret svar på om det har en positiv effekt för patienten eller inte.

Verksamma beskriver också svårigheten att detaljstyra metoder inom psykisk ohälsa. Att bara få bort till exempel ångest löser inte alltid problemen för patienten. Ofta behöver hela människan ses och stöttas. Ångest kan vara en del av en större problematik, till exempel ekonomiska bekymmer eller relationsproblem. Det beskrivs problematiskt att försöka hantera psykisk ohälsa på liknande sätt som en fysisk sjukdom med en bestämd behandlingstid och separat insatsåtgärd. Vissa menar att patienter kan ha ett kontinuerligt behov av stöd över längre tid.

Vissa vårdcentraler har ett tydligt upplägg och rutinmässiga arbetsmoment, som skattningsfrågor, suicidbedömningar och frågeformulär om droger och våld. Andra lämnar mer utrymme för behandlarens individuella arbetssätt. Vissa vårdcentraler använder skattningsskalor enbart för remiss till specialistpsykiatri. Ett fåtal vårdcentraler uppger att de följer Socialstyrelsens och regionens riktlinjer fullt ut. De flesta verksamma konstaterar dock att det är svårt att strikt följa metoder och manualer i det dagliga arbetet, då patienternas behov ofta är mer komplexa än vad som ryms i en mall. Det beskrivs också svårt att veta vad man ska följa och att tydliga beslut om vad för material som ska användas saknas.

Patienter erbjuds olika stöd och behandling beroende på vilken vårdcentral de tillhör. Vissa psykisk hälsa team hanterar allt kring psykisk ohälsa utom medicinering och utredningar, medan andra har mer begränsade resurser.

## Behov och resurser

### *Prioriteringar och avgränsningar för att resurserna ska räcka*

Verksamma beskriver att vissa patienter har ett ständigt behov av stöd kring psykisk hälsa. Detta kan leda till att yrkesverksamma känner sig otillräckliga. Att hantera de varierande behoven som kommer till vårdcentralen kan vara utmanande. Det upplevs ibland svårt att prioritera och ge de med störst behov mest stöd. Brist på stående tider är ett problem, då de ofta blir fullbokade snabbt. Verksamma vidtar olika strategier för att optimera resurserna i teamet för psykisk hälsa för att räcka till åt så många patienter som möjligt. En strategi är att hänvisa patienter med pågående kontakt hos andra aktörer, som till exempel specialistpsykiatri, till den instansen.

Patienter som är inskriva hos specialistpsykiatrin hanteras på varierande sätt bland vårdcentralerna. Vissa vårdcentraler hänvisar konstant dessa patienter till kontakt med specialistpsykiatri. Andra tar sig an dessa patienter om de inte erhåller önskat stöd eller behandling från specialistpsykiatri, då patienten annars riskerar att stå utan stöd. Dock beskriver flera vårdcentraler att de har fått bli snävare kring detta på grund av det ökade söktrycket.

Flera verksamma beskriver att vårdcentraler idag hanterar patienter med svårare psykiatriska tillstånd, som tidigare skulle fått vård från specialistpsykiatri, men numera förväntas skötas av primärvården. Det beskrivs som problematiskt då vårdcentralen tvingas prioritera bort patienter med mildare psykiska besvär. Ytterligare försök för att räcka till åt patienter med psykisk ohälsa är att prioritera de med mer omfattande behov. Som exempel kan nämnas; en patient som söker stöd kring bekymmer som bara finns på arbetet, hänvisas att söka hjälp via arbetsgivaren. Patienter som endast önskar någon att prata med kan avvisas om hen saknar motivation till förändring.

Några verksamheter beskriver att de hade önskat mer ledning, styrning och prioritering kring deras arbetsuppgifter. Andra verksamma upplever att de i teamet har lång erfarenhet och stor samlad kunskap som ger trygghet i vilka prioriteringar som behöver göras.

### *Behov hos personer som söker hjälp hos psykisk hälsa team*

Vanliga sökorsaker bland patienter handlar om sömn, ångest och depression samt stress. Det beskrivs också vara vanligt att patienter söker vårdcentral med önskan om att genomföra en neuropsykiatrisk utredning. En hel del vårdcentraler beskriver också att det är vanligt att de ger stöd till anhöriga som har en relation till någon med psykisk ohälsa exempelvis barn, partner och förälder.

Flera verksamma lyfter att det handlar om samtiden vad patienter söker stöd kring. Som exempel nämns föräldrar som vill utredas för diagnoser som deras barn fått, då de sett att de har liknande svårigheter som barnen.

Flera team pekar på att resurser och patienters behov starkt påverkas av andra aktörers förmåga att möta upp eller inte. Flera vårdcentraler pekar på en tydlig förändring från skolans håll, där skolan tydliggjort att deras uppdrag handlar om förebyggande och upptäckande arbete, snarare än individuellt anpassat stöd. Patienter som tidigare fått hjälp från skolan hänvisas numera oftare till vårdcentral.

Nästan alla psykisk hälsa team lyfter att de ser en förskjutning av patienter som tidigare fått hjälp av specialistpsykiatri, men som numera, av olika anledningar inte erhåller stöd eller får vänta orimligt länge på utredning, stöd och behandling. Väntetiderna kan röra sig om månader och även flera år beroende på misstänkt diagnos eller vilken behandling som behövs. Vårdcentralerna har inte kapacitet att kvarhålla alla patienter i behov av stöd under väntetiden. Vårdcentralerna har inte heller alltid kompetens och/eller resurser att möta dessa patienters behov av vård. Konsekvenserna som verksamma ser är att resurserna på vårdcentralerna blivit mer ansträngda då patienternas problem är mer komplexa än tidigare. Ett orosmoment är att patienter riskerar att hamna i en utsatt situation på grund av pågående diskussioner om vilken vårdnivå som ska ansvara för vården.

Flertalet verksamma beskriver att fler patienter idag söker vården för att hantera livets utmaningar. Detta är något som många menar inte är en uppgift för vårdcentralen och heller inte något patienter ska sjukskrivas för. Exempel på vad det kan röra sig om är till exempel bortgång av anhörig, stressig vardag och relationsbekymmer samt ohälsosam arbetsmiljö och ekonomiska bekymmer.

### ***Personal, ledarskap och teamarbete som resurs***

En del vårdcentraler beskriver sig ha ett välfungerande arbete kring psykisk hälsa. Det framkommer olika beskrivningar på saker som bidrar till detta. Det som lyfts som framgång handlar om vikten av att vårdcentralen har välutbildad och kompetent personal i teamet för psykisk hälsa. Det lyfts som viktigt med chefer som satsar på området psykisk hälsa och chefer som låter teamen bidra i styrningen av hur arbetet ska organiseras. Vikten av att ha olika professioner med olika kompetenser i teamet framhålls också som viktigt. Detta för att kunna erbjuda bredare utbud av insatser och individanpassad vård och även kompetensutveckling för personal genom att de lär sig av varandra.

### ***Organiserat samarbete som resurs***

En ytterligare aspekt som lyfts som bidrar positivt i arbetet med psykisk hälsa är strukturerat samarbete mellan vårdcentral, kommun och rehabmottagning. Dessa verksamheter beskrivs komplettera varandra i utbudet av stöd och insatser kring patienter med psykisk ohälsa. På några håll beskrivs att personal från dessa verksamheter träffar patienter tillsammans och på så vis undviker onödiga möten och separata bedömningsmöten, vilket underlättar för både personal och patienter.

### ***Ändrad organisering av insatser som resurs***

En verksamhet lyfter att deras upplevelse av att räkna till utifrån behov och resurser har förändrats under senare år. Från att ha varit en vårdcentral med lång kölista och svårt att räkna till, upplever de ett helt annat läge idag. De beskriver att det beror på att de ändrat arbetssätt. De erbjuder idag flertalet gruppskolor kring sömn, stress och ångest samt depression. Gruppinsatserna har de skapat utifrån vanligt förekommande vårdbehov hos patienter. Dessa gruppinsatser utvärderas löpande så de hela tiden möter upp de behov som efterfrågas och hittills har det varit mycket positivt respons från deltagare. Detta arbetssätt har hjälpt till att minska behovet av enskilt stöd, vilket gjort att psykisk hälsa teamet räcker till åt fler patienter.

### ***Stöd och vägledning***

En sista aspekt som lyfts av flera är vikten att erbjudas handledning för att orka och för att få stöd i arbetet. Det beskrivs att det som personal är lätt att känna känslor av otillräcklighet i arbetet med patienter som mår dåligt. Det beskrivs som utmanande att vara ensam i att bedöma och prioritera bland patienter som har stora och varierande behov av stöd. Det påpekas som viktigt att ha stöd både från kollegor och chefer samt att erbjudas handledning och kompetensutveckling. Utredningen SOU 2021:6 betonar vikten av att medarbetare ges tillräckligt stöd i sitt arbete för att de i sin tur ska kunna stödja andra människor. Eftersom personalen i stor utsträckning möter människor med psykisk ohälsa ställs särskilda krav på en hållbar arbetsmiljö för primärvårdens medarbetare. Sjukfrånvaron relaterad till psykisk ohälsa hos personer med kontaktyrken i vård och omsorg är redan idag hög, vilket ytterligare belyser vikten av att arbetsgivare ger medarbetare goda förutsättningar i arbetet.

## **Samarbete och samverkan**

### ***Intern samverkan***

Alla vårdcentraler har rehabkoordinatorer vilket är lagstadgat enligt lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter. Regionen har en skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser, i syfte att främja återgång till arbetslivet. Koordineringsinsatserna ska ges efter behov och ska bara inriktas på behov som ska tillgodoses av regionen inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det innefattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för. Insatserna består av tre delar: personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer. Oftast är personal rehabkoordinator på viss del av sin ordinarie tjänst.

Rollen som vårdsamordnare är en ganska nyinrättad funktion som beskrivs som en form av fast vårdkontakt. Funktionen finns till för patienter som inte behöver samtalsbehandling. Vårdsamordnare stämmer av mående och medicin med patienten. Funktionen är inriktad på vissa specifika psykiska besvär. Mycket av det externa samarbetet med andra verksamheter beskrivs ligga på funktionerna rehabkoordinator och vårdsamordnare.

Vårdcentraler har löst den interna samverkan på olika sätt. Vissa behöver leta runt efter tider för att komma till tals med andra kollegor på vårdcentralen och olika interna meddelandesystem används. På vissa håll har man uttalat en bestämd tid eller forum då det är tänkt att personal ska kunna samarbeta och nå varandra.

Det interna samarbetet påverkas mycket av bemanningen. Saknas det personal i psykisk hälsa teamet eller hos läkarna märks uppdelningen mellan psykisk och fysisk hälsa på vårdcentralen mer tydligt. Personer som söker vård beskrivs påverkas av uppdelningen mellan psykisk och fysisk hälsa, då det varierar bland läkare hur de arbetar kring psykisk hälsa. Vissa läkare hänvisar konsekvent patienter till psykisk hälsa teamet medan andra läkare sällan nyttjar teamen. Detta menar personal påverkar vilket stöd en patient får. Flera beskriver att läkarna står för bedömning av den fysiska hälsan och teamet för bedömning av den psykiska hälsan. Det beskrivs finnas ett ömsesidigt beroende av läkare och personal i psykisk hälsa teamen men förutsättningar till samarbete saknas till stor del på flera vårdcentraler.

### ***Extern samverkan primärvårdsnivå***

En del vårdcentralers psykisk hälsa team beskriver lite samarbete med andra verksamheter inom primärvården. Vissa menar att de inte har så stort behov av att samarbeta med andra. Andra pekar på att de skulle behöva samarbeta mycket mer men att tiden inte finns. Detta då de är upptagna med patientbesök under större delen av dagen. Däremellan behöver de samarbeta med andra på vårdcentralen och dokumentera.

Gemensamt för vårdcentraler med fungerande samverkan är att det finns en utarbetad struktur för samverkan och att samverkansarbetet prioriteras av ledning. Vinsterna som beskrivs med strukturerat samarbete är flera både för verksamhet och patienter.

Gemensamma möten beskrivs skapa ett viktigt informationsutbyte om vad för stöd och insatser respektive part erbjuder. Det gynnar patienter som får en direkt planering kring vem som gör vad och slipper vänta på insatser eller hänvisning mellan verksamheter. Personalen på respektive enhet slipper också lägga ner tid och resurser på att få till möten för dialog kring gemensamma patienter.

### ***Extern samverkan specialistpsykiatri***

De flesta vårdcentraler i Skaraborg uttrycker en uppgivenhet och frustration kring patientflödet mellan regionens psykiatriska specialistvård och regionens primärvård. Situationen beskrivs som ohållbar för patienter och personal på vårdcentralerna, eftersom ansvarsfördelningen mellan vårdnivåer inte följs och tolkas hela tiden olika beroende på verksamhet och personal.

Det beskrivs att specialistpsykiatrin selektivt tolkar vilka patienter som kan få deras hjälp och det saknas logik och samstämmighet kring hur bedömningar hos specialistpsykiatri görs. Specialistnivån beskrivs vara de som har tolkningsföreträde kring vad en patient behöver och vad respektive vårdnivå ska göra kring patienten. En tydlig avsaknad av dialog med specialistpsykiatrin beskrivs och flertalet vårdcentraler känner sig ensamma i hanteringen av

patienter som de inte lyckats hjälpa inom primärvårdsnivå. På flera håll beskrivs dialogen mellan vårdnivåerna endast bestå av remisser som skickas fram och tillbaka. Detta lämnar patienter och personal utan tillräckligt stöd för att hantera komplexa psykiska tillstånd.

### ***Psykiska besvär får vänta på bekostnad av svårare psykiatrisk problematik***

Flera verksamma vittnar om att psykiatrisk specialistvård är en bristvara i Skaraborg. Detta leder till att fler patienter skickas tillbaka till primärvården, som inte har resurser att ge patienter med komplexa psykiatriska problem den vård de behöver. Följden blir att patienter som borde kunna få snabb hjälp i primärvården tvingas vänta. Samtidigt erbjuds patienter i behov av specialistvård inte adekvat vård, då primärvården kan sakna relevant kompetens för att kunna erbjuda adekvat behandling.

Verksamma påpekar att de många gånger utför vård och behandling som egentligen ska tillhandahållas av specialistvården. Patienter beskrivs ofta önska kontakt med primärvården för samtalsbehandling, då de endast erhållit medicinsk behandling från specialistpsykiatrin. Omvänt kan patienter nekas vård från primärvård om vårdcentralen inte har kompetens för att möta patientens behov. Patienter kan i sämsta fall vara utan stöd, vård och behandling från både primärvård och specialistvård.

### ***Orimliga krav från specialistnivå***

Flera verksamma beskriver att det ställs orimliga krav på patienter från specialistvården, där patienter förväntas driva sina egna ärenden utan adekvat stöd. Detta påtalas skapa mer jobb för vårdcentraler, som får hjälpa patienter att förstå och komma i kontakt med specialistpsykiatrin, vilket tar tid i anspråk från vårdcentralen. Flera verksamma beskriver olika anledningar till att patienter inte erhåller vård från specialistnivå. Det kan handla om konkreta besked så som resursbrist eller att patienter bedöms för välfungerande för att få en utredning av specialist. Det kan också vara skäl som att patienten inte vill ha medicinsk behandling och då erbjuds hen inget alternativ, utan skrivs ut från specialistpsykiatrin. Det beskrivs svårt för patienter och verksamma att förstå när en patient kan erhålla specialistvård eller inte, då orsakerna till utebliven specialistvård ständigt varierar.

## **Rehabmottagningar**

### **Uppdrag psykisk hälsa**

Rehabmottagningar beskriver en markant ökning av antalet patienter i behov av stöd till psykisk hälsa. De beskriver att det blivit vanligare att vårdcentraler remitterar eller hänvisar till Rehabmottagningen. I ett första läge kan det vara för att testa vad Rehabmottagningens insatser kan bidra med, innan medicinering eller samtalsbehandling sätts in för patienter hos vårdcentraler. Flera rehabmottagningar beskriver att de liksom andra brottas med

avgränsningen av sitt uppdrag, att det är svårt att veta var gränsen går, och att det hade underlättat om det var tydligare uttalat vilka patienter de ska erbjuda stöd.

Några verksamma upplever att de i nuläget gör mycket som de inte borde göra, sådant som andra verksamheter borde ansvara för. De behöver ofta tydliggöra för andra verksamheter och verksamma vad deras uppdrag är. Rehabmottagningens uppdrag beskrivs handla om praktiskt stöd och inte samtalsstöd. Det beskrivs svårt för patienter att särskilja rehabmottagning och vårdcentral eftersom de ofta träffar rehabmottagningens personal oftare än annan vårdpersonal.

Mycket fokus i arbetet beskrivs vara att kartlägga hur patienter hanterar vardagen kring sömn, kost och motion. För flertalet patienter behövs ett motivationsarbete för att åstadkomma en förändring. Enskild planering görs tillsammans med patienten i en individuell plan som följs upp av personal och patient gemensamt.

### ***Arbetet på rehabmottagningar***

På rehabmottagningar arbetar arbetsterapeuter och fysioterapeuter. De ansvarar för förebyggande insatser, habiliterande och rehabiliterande insatser samt hjälpmedelsfrågor kring både fysiska och psykiska besvär. En arbetsterapeut bedömer hur personer med skada eller sjukdom har förmåga och förutsättningar att utföra dagliga aktiviteter i samspel med förhållanden i omgivningen. Åtgärderna syftar till att patienten ska bli delaktig i dagliga aktiviteter och på så sätt uppnå hälsa och välbefinnande.

En viktig del i arbetsterapeutens arbete är att prova ut och anpassa olika hjälpmedel som kan underlätta tillvaron för patienten. Fysioterapeuter arbetar med rehabilitering, träning och anpassad fysisk aktivitet samt med att främja hälsa genom att förebygga sjukdom och skada genom hela livet. Till exempel vid hälsoproblem som beror på smärta, stelhet, muskelsvaghet, andningsproblem eller psykisk ohälsa. Fysioterapeuter arbetar självständigt med utredande och behandlande uppgifter som inkluderar att ge råd och stöd, handleda och utbilda, ta fram vård och rehabiliteringsplaner samt att förebygga fysisk och psykisk ohälsa (SOU 2022:41).

### ***Förebyggande arbete***

Verksamma påtalar att de inte bedriver förebyggande arbete så konkret men att de agerar innan en diagnos ställs och har fokus på tidiga insatser för att förhindra att den psykiska ohälsan förvärras. Detta beskrivs ske genom att erbjuda stöd och verktyg till patienter som redan har drabbats av psykisk ohälsa. Vidare beskriver personal att även om de inte kan förhindra att alla drabbas av psykisk ohälsa, kan de genom tidiga insatser förhindra att ohälsan förvärras och kanske leder till sjukskrivning. Det finns en önskan hos verksamma att utveckla det förebyggande arbetet mer, så att de kan erbjuda stöd tidigare i processen, för att på så sätt förebygga att problematik med psykisk ohälsa uppstår.

## Organisering av arbetet med psykisk hälsa

Organiseringen av arbetet med psykisk ohälsa varierar bland rehabmottagningar i Skaraborg. Faktorer som påverkar organisationen inkluderar storlek på mottagningen, orten där mottagningen är belägen och tillgång till fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Samarbetet med vårdcentraler är en viktig faktor. Flera rehabmottagningar betonar deras beroende av att vårdcentralens personal kan triagera patienter korrekt i ett första läge och erbjuda samtalsstöd och läkarundersökningar vid behov, för att utesluta fysisk ohälsa som orsak till problemet.

På vissa mottagningar finns team med två personer, en arbetsterapeut och en fysioterapeut. Dessa team ansvarar för nybesök där det är tydligt att patientens bekymmer handlar om psykisk ohälsa. Tider hos dessa team kan bokas av övriga kollegor eller personal från vårdcentral. Andra mottagningar har sett att psykisk ohälsa är en vanlig orsak till besök så all personal får arbeta med alla patienter oavsett orsak till besök.

En utmaning som framkommer är att betalningssystemet inte stämmer överens med hur patienternas behov av stöd organiseras. Besök relaterade till psykisk ohälsa kräver ofta längre tid för besöket än vad betalningssystemet tillåter. Verksamheterna upplever detta som en utmaning, eftersom kortare och fler besök ger bättre ekonomi för verksamheten. Detta riskerar i sin tur att kvaliteten i arbetet med patienter försämras till förmån för ekonomin.

## Vägen in

Flera rehabmottagningar beskriver att det blivit vanligare att personer söker hjälp med anledning av psykisk ohälsa. Det beskrivs också att det blivit vanligare att vårdcentraler remitterar patienter till rehabmottagningar på grund av den orsaken. Dock upplevs det fortsatt vara fysiska orsaker som patienter oftast söker hjälp för, men som under rehabmottagningens utredning senare kan visa sig ha psykisk ohälsa som grund.

Flertalet patienter söker rehabmottagningen på egen hand. Vem patienten får träffa beror på informationen som finns tillgänglig. Under mötet fokuseras arbetet till vad patienten vill prioritera att få stöd kring. Hur länge en patient är aktuell hos rehabmottagningen varierar beroende på vilken kunskap, behov och egen förmåga patienten har.

## Evidens, metod och arbetsätt

Rehabmottagningar har olika flödesprocesser med evidensbaserade skattningsformulär och åtgärder som rekommenderas för olika tillstånd vid psykisk ohälsa. De erbjuder efter behov digitala och fysiska behandlingar i grupp. Det påpekas att mindre orter kan ha svårare att erbjuda gruppinsatser. En verksamhet har slutat erbjuda fysisk gruppbehandling eftersom digital gruppbehandling gett större mängd deltagare och färre patienter som uteblev.

Vanligt förekommande insatser för rehabmottagningarna är att ge stöd för att patienter ska få till vardagsstruktur, få in fysisk aktivitet i livet och balans i vardagen. Utformning av behandling och mål med behandlingen görs alltid tillsammans med patienten och innefattar planering, delmål och uppföljning. Ofta träffar verksamma patienter under längre tid för att

stämman av och revidera planeringen. Rehabmottagningar utmärker sig genom sitt konsekventa fokus på ett personcentrerat arbetssätt som genomsyrar allt de gör, från metoder till arbetssätt. Samtidigt baserar de sitt arbete på evidensbaserade och rekommenderade metoder.

## Behov och resurser

Verksamma inom rehab vittnar om en komplex verklighet med ökande behov och utmaningar. Behovet av avancerat stöd och längre insatser för fler patienter står i konflikt med befintliga resurser och den ekonomiska ramen som bygger på ett visst antal besök per medarbetare och dag.

En tydlig trend är att fler patienter som kommer till rehab har många myndigheter och stöd runt sig. Dock saknar flera patienter förmågan att fullt nyttja dessa resurser. En ökning ses också av patienter med icke svensk bakgrund, med komplexa PTSD-problem och svag ekonomi. Språkbarriärer skapar hinder i arbetet då formulär och skattningar inte finns översatta till alla språk som krävs, vilket försvårar arbetet kring dessa patienter.

Samtidigt blir det allt vanligare att patienter får ta ett större eget ansvar kring rehabilitering. Tanken är att rehab ska ge patienter hjälp till självhjälp och att endast de patienter som behöver personalstöd tätt får det. Detta i syfte att kunna räcka till åt fler patienter och till de med mer komplexa behov. En farhåga är dock att arbetet för respektive medarbetare kommer bli tyngre om personal till övervägande del endast har patienter med komplexa bekymmer.

Flera verksamma pekar på behovet av tät samverkan med andra professioner för att effektivt rehabilitera patienter med psykisk ohälsa. Lättillgänglig samverkan med vårdcentralens professioner framstår som avgörande, då de oftast är första kontakten för många av rehabmottagningens patienter. Sammanfattningsvis står rehabmottagningar inför en utmanande balansgång. Behovet av mer resurser och specialistkompetens är stort, samtidigt som en förskjutning av ansvar mot patienters egna ansvar ses och tros behöva öka.

## Samarbete och samverkan

### *Samverkan primärvårdsnivå*

Hur samverkan fungerar och om den är strukturerad varierar mellan verksamheterna i Skaraborg. Den närmaste samarbetspartnern för rehabmottagningar beskrivs vara vårdcentral. Flera rehabmottagningar upplever att det skulle vara en vinst för deras gemensamma patienter om det fanns ett närmare samarbete med läkarna på vårdcentralen. Eftersom verksamma upplever att många patienter kan ha svårt att acceptera att orsaken till deras problem är av psykisk karaktär. Speciellt i de fall där läkare remitterat en patient till en rehabmottagning utifrån fysiska besvär, som i ett senare skede visar sig vara psykiska besvär. Många patienter vill då ofta få bekräftat från läkare att det stämmer att det inte är något fysiskt fel på de.

En rehabmottagning uppger att de tidigare haft planer på att skapa team gemensamt med vårdcentralens professioner. Det blev dock ogörligt på en stor vårdcentral. De har i stället löst samarbetet mellan professioner genom skriftlig intern kommunikation kring gemensamma patienter. Andra mottagningar beskriver ett mer organiserat samarbete med stående fasta mötestillfällen där personal från psykisk hälsa team och personal från rehab deltar.

Det framgår oklart hur och på vilket sätt rehabmottagningar samarbetar med kommunen. Några mottagningar uppger att det förekommer samarbete med kommunen men oftast endast kring äldre patienter och kring fysiska bekymmer. Andra verksamheter uttrycker att det är svårt att veta vad andra verksamheter gör och vart de kan hänvisa patienter. Några verksamheter uppger att de använder vårdcentralernas rehabkoordinatorer om en patient behöver hjälp i kontakt med andra verksamheter.

### *Samverkan specialistpsykiatri*

Även hos rehabmottagningar framträder svårigheter kring avgränsningar mellan primär- och specialistnivå. Det råder en förvirring och delade meningar om huruvida patienter som tillhör specialistnivån ska ha hjälp från primärvårdsnivå och det är oklart om patienter ens erbjuds rehabiliterande insatser från specialistpsykiatri.

Flera verksamheter beskriver att de idag ger stöd till många patienter som hör till specialistpsykiatri. Ibland skriver specialistpsykiatri ut patienter med hänvisning till primärvårdens rehabmottagning. Ibland söker patienter på egen hand primärvårdens rehab, om de inte erhållit stöd från specialistpsykiatri.

Det beskrivs också saknas en automatisk övergång från barnhabilitering till vuxenhabilitering. Det beskrivs att patienter som hela sitt liv fått stöd via barnhabiliteringen vid 18 års ålder skrivs ut därifrån och inte automatiskt skrivs in hos habiliteringen för vuxna. Dessa patienter förväntas i stället söka stöd hos primärvården vid behov. Det beskrivs sällan gynna dessa patienter som har svårt att på egen hand söka vård och beskriva sina behov.

## **Kommunal primärvård**

### **Uppdrag psykisk hälsa**

Det har under kartläggningen framkommit att kommunal primärvård av verksamheter inte uppfattas vara primärvård och inte heller vad primärvård innebär. Det har från flera håll varit frågetecken kring vad som menas med kommunal primärvård då begreppet inte används ute i verksamheterna. Där används begrepp som kommunal hälso- och sjukvård och hemsjukvård med mera.

När det handlar om kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård framkommer vaga beskrivningar av vad uppdraget kring psykisk hälsa innefattar. Exempelvis nämns att det är svårt psykiskt sjuka patienter som kommunen ansvarar för, inte patienter med ångest och depression. De flesta hänvisar till beskrivningen av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar

som framgår av hälso-och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland. Avtalet reglerar kommunernas och regionens respektive sjukvårdsansvar. (Avtalet är beskrivet under rubriken bakgrund i rapporten).

Det förekommer varierande beskrivningar, tolkningar och förklaringar kring vilka patienter som kan omfattas av kommunal primärvård. En verksam beskriver att det kan innefatta patienter med psykisk ohälsa om personen också har fysiska svårigheter. Andra verksamma beskriver att patienter med beslut om insatser från socialtjänstens socialpsykiatriska verksamhet kan bli aktuella för kommunal primärvård. Det beskrivs vara patienter med problem som ryms inom begreppet psykiatriska tillstånd, som kan vara föremål för kommunal primärvård. Flertalet verksamma beskriver också att det bör vara helt uteslutet att patienten kan ta sig till regional primärvård på egen hand eller genom stöd på annat sätt, som exempel nämns boendestöd, färdtjänst och taxi. Beskrivningar av kommunal primärvård fokuserar ofta på fysisk ohälsa och en äldre patientgrupp. Det stöd som beskrivs kunna vara aktuellt för patienter med psykisk ohälsa är medicintilldelning.

## Organisering av arbetet med psykisk hälsa

### *Splittrad organisering*

Kommunens arbete med psykisk hälsa beskrivs strukturerat utifrån orsakerna till behoven av kommunal primärvård. Organiseringen baseras på om behovet främst handlar om fysiska eller psykiska besvär. Uppdelningen beskrivs också bero på hur socialtjänsten i kommunen är organiserad, med separata verksamhetsområden för socialpsykiatri, LSS och äldreomsorg. Inom dessa områden finns oftast även kommunens primärvård organiserad. Beroende på kommunens storlek kan sjuksköterskor vara verksamma inom ett eller flera av dessa verksamhetsområden. I mindre kommuner kan samma sjuksköterska ha ansvar för samtliga områden. De sjuksköterskor som främst ansvarar för och arbetar kring patienter som erhåller kommunal primärvård på grund av psykisk ohälsa befinner sig vanligtvis inom LSS-verksamheter eller socialpsykiatrins verksamhetsområden.

### *Fokus på kategorisering snarare än individuella behov*

Organiseringen av arbetet med psykisk hälsa i kommunerna präglas av en uppdelning. I stället för att fokusera på patientens behov styrs systemet av problemets orsak, som antingen fysisk eller psykisk. Det leder till svårigheter när patienter ska anpassas till organisationens verksamheter, i stället för att verksamheterna hanterar de behov som enskilda patienter har.

Det beskrivs bli kompetensöverlapp mellan olika personalgrupper inom olika verksamheter. Det är ingen del av kommunens verksamheter som beskrivs ha förmåga att hantera både psykisk och fysisk hälsa på ett och samma ställe. En patient i behov av stöd kring psykisk ohälsa kan möta olika personalgrupper beroende på problemets karaktär. De verksamma som beskrivs arbeta mer fokuserat med somatisk vård och äldreomsorg, beskrivs ofta osäkra på att hantera arbetsuppgifter relaterat till psykisk ohälsa och vice versa. Detta beskrivs kunna leda

till att patienter tvingas byta personalgrupp beroende på vad som för tillfället är mest framträdande i hens problematik.

### ***Tids-och åldersbegränsningar för stöd till psykisk hälsa***

Det beskrivs från vissa kommuner finnas en oro för patienter som erhåller stöd utifrån psykisk hälsa, då socialpsykiatrins verksamheter har begränsat boendestödets arbetstider till dagtid. Konsekvensen som verksamma ser är att patienter inte har tillgång till stöd på kvällar och helger. Vissa kommuner har löst det genom att dessa patienter får vända sig till kommunens äldreomsorgspersonal som erbjuder stöd dygnet runt. Det är oklart hur överlappning av information mellan dessa verksamheter hanteras inom organisationen. Det är också oklart hur patienter som får växla mellan olika personalgrupper upplever detta eller hur de informeras av att olika kontakter gäller beroende av tid på dygnet.

Vissa kommuner beskriver att de har en åldersuppdelning som kan skapa bekymmer för patienter med psykisk ohälsa. Flera kommuner har som rutin att personer över 65 år automatiskt får vård via äldreomsorgen inom kommunen, även om hen har en psykiatrisk diagnos och mest behov av stöd på grund av psykisk ohälsa. Detta riskerar att försämra kvaliteten till patienter över 65 år med behov av stöd kring psykisk hälsa, eftersom flertalet verksamma under kartläggningen påtalat att det inom äldreomsorgen saknas kunskap och kompetens kring bemötande och stöd kring psykisk ohälsa.

### ***Rehabs arbete i skymundan***

Kommunens fokus på rehab beskrivs som bristfällig av verksamma. I en kommun finns arbetsterapeut med i bedömningsteamet. Bedömningsteam är en arbetsgrupp som bedömer om patienter har rätt att erhålla kommunal primärvård. Samtidigt som verksamma påtalat att rehab spelar en stor roll i arbetet med psykisk hälsa, beskrivs de inte ha någon övergripande del i arbetet med psykisk hälsa. Det beskrivs att patienter med psykisk ohälsa har behov av fysisk rörelse, stresshantering och avslappning som rehab kan erbjuda. Det beskrivs dock att den delen i kommunens primärvård hamnat i skymundan till förmån för fokus på medicinering och professionen sjuksköterska.

### ***MAS Medicinskt ansvarig sjuksköterska***

Samtliga kommuner i Skaraborg har en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), det är lagstadgat. MAS huvudsakliga ansvar är att säkerställa att hälso- och sjukvården inom kommunen bedrivs i enlighet med gällande lagar, förordningar och avtal. Specifika uppgifter för en MAS kan variera något beroende på kommunens organisation och behov: Vanligtvis innefattas ansvar för kvalitetssäkring, utbildning och handledning till annan hälso-och sjukvårdspersonal inom kommunen samt samarbete med andra, policyutveckling och implementering.

MAS från samtliga kommuner har gemensamt utformat en riktlinje och en vägledning utifrån hälso-och sjukvårdsavtalet. Avsikten med dokumenten beskrivs vara att ge stöd till

sjuksköterskor i kommunerna som ska bedöma huruvida en patient har rätt till kommunal primärvård eller inte. Dessa dokument tydliggör konkreta exempel för när kommunal primärvård kan vara aktuellt eller inte. I dokumenten finns inget specifikt uttalat ansvar kring psykisk hälsa utöver det som framgår av HSL- avtalet. Dokumenten innehåller däremot konkreta exempel kring när det är kommunens eller vårdcentralens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård. Exempelen berör dock oftast fysisk hälsa.

Här nedan följer det enda exemplet från vägledningen som berör psykisk hälsa:

”Patienter som behöver hjälp att få sina läkemedel, till exempel på grund av psykisk ohälsa, men själv kan eller med hjälp av ledsagning kan ta sig till vårdcentral eller mottagning= Vårdcentralen ansvarar oavsett om åtgärd är över tid eller inte”.

Det skulle kunna tolkas som att väldigt få personer, som fysiskt kan ta sig till en vårdinrättning, kan erhålla kommunal primärvård. Av verksamma beskrivs det ofta vara fallet, även om vissa patienter uppges erhålla kommunal primärvård på grund av andra svårigheter än fysiska, detta trots att Hälso-och sjukvårdsavtalet lyfter kognitiva och psykiska nedsättningar som skäl för inskrivning.

## Vägen in

### *Kriterier för "inskrivning" i kommunal primärvård*

Verksamma i kommuner beskriver en inskrivningsprocess för att erhålla kommunal primärvård. Inskrivningsprocessen innebär att legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal gör en bedömning av huruvida en patient har rätt till kommunal primärvård eller inte. För information om hur bedömning görs ges hänvisning till hälso-och sjukvårdslagen och hälso-och sjukvårdsavtalet (som presenterats tidigare i rapporten). Det ges varierande besked om huruvida patienter med psykisk ohälsa kan eller ska erhålla kommunal primärvård. Det framkommer olika förhållningssätt och förklaringar till varför patienter med psykisk ohälsa inte är tänkta att erhålla stöd från kommunal primärvård.

En förklaring som ges handlar om att patienter som rent fysiskt kan ta sig till en regional vårdinrättning ska göra det. Detta för att normalisera så mycket som möjligt i vardagen och för att patienter ska bibehålla eller öva upp sina färdigheter. En ytterligare förklaring är att kommunal primärvård riskerar att skapa passiva individer som inte får leva ett självständigt liv. En del verksamma uppger också att de får till sig att vara restriktiva i bedömningen kring vilka patienter som ska skrivas in i kommunal primärvård. Det saknas beskrivningar och övervägningar kring hur psykisk funktionsnedsättning kan yttra sig och när detta kan vara skäl till inskrivning i kommunal primärvård.

Vissa verksamma ifrågasätter om patienter med psykisk ohälsa, inklusive skadligt bruk och beroende, verkligen är i behov av kommunal primärvård. De menar att vissa patienter med dessa problem kan hantera vissa uppgifter i vardagen, men att de ibland inte förmår sig att

besöka sjukvården. Därför anser vissa att dessa patienter inte borde få kommunal primärvård, eftersom de ibland klarar det på egen hand och ibland inte. Andra verksamma beskriver att de gör en bedömning av hur mycket energi som krävs av en patient för ett besök hos den regionala primärvården eller specialistpsykiatrin. Om besöket tar för mycket av patientens energi kan kommunal primärvård erbjudas.

### ***Socialtjänst som alternativ till kommunal primärvård***

Patienter med behov av stöd till psykisk hälsa beskrivs av verksamma vara mer hjälpta av stöd från socialtjänsten. Det beskrivs att socialtjänstens insats boendestöd är ett bättre alternativ än kommunal primärvård. Detta då boendestöd beskrivs kunna följa med till vårdbesök och få patienten att pushas till självständighet och delaktighet. För att en patient ska erhålla boendestöd krävs att en patient utreds och beviljas stöd från kommunens socialtjänst. En del verksamma inom kommunal primärvård uppger att det fungerar bra att hänvisa patienter till socialtjänsten, att det inte brukar vara svårigheter att få stöd beviljat.

För att en patient ska erhålla stöd av kommunal primärvård uppger verksamma att det krävs att en patient är ganska svårt psykiskt sjuk. Det beskrivs oftast vara patienter som har pågående kontakt eller tillhörighet hos specialistpsykiatri och inte hos vårdcentral. Det påpekas att det oftast handlar om patienter som inte klarar av att hantera sina läkemedel och att det är den vanligaste insatsen som erbjuds.

### ***Svårigheter att bedöma och inkludera psykisk hälsa***

Av de svar och beskrivningar som ges från verksamma framträder en beskrivning av att patienter med svårigheter kring psykisk ohälsa är en speciell grupp av patienter. Det beskrivs också att patienter med psykisk ohälsa är svåra att hjälpa då de inte alltid vill ha stöd. Det påtalas också att patienter med psykisk ohälsa inte ingår i den målgrupp som innefattas av kommunal primärvård. Den avgränsningen går dock inte att utläsa i HSL eller hälso-och sjukvårdsavtalet.

## **Evidens, metod och arbetsätt**

### ***Bedöma och bemöta psykisk ohälsa***

Det saknas en tydlig strategi kring hur psykisk ohälsa bland inskrivna patienter uppmärksammas av personal inom kommunal primärvård. Det är också oklart om inskrivna patienter erbjuds eller erhåller medicinsk bedömning utifrån psykisk ohälsa. Det framkommer inget systematiskt arbete utifrån standardiserade bedömningsmetoder för att bedöma psykisk ohälsa eller behov av insatser inom kommunal primärvård. Verksamma förklarar att det är ansvarig läkare inom regionen som ska hantera och bedöma behov av stöd och insatser kring psykisk ohälsa. Oftast beskrivs det då handla om medicinjusteringar. Det framgår inte att verksamma har rutiner eller metoder för att bedöma eller bemöta psykisk ohälsa hos patienter inskrivna i kommunal primärvård. Hur dessa patienter uppmärksammas och prioriteras för att tas upp med regionens läkare för bedömning är oklart. Det beskrivs också vara svårt att få

tillgång till regional läkare. Det är många patienter som ska gås igenom på kort tid under möten med läkare och sjuksköterska från kommun. Det försvåras ytterligare om läkare ställer in möten med kommunens sjuksköterskor, ändrar planeringen och lägger till nya patienter, i stället för att prioritera de patienter som kommunen behöver prata om och få stöd kring.

### *Hantering av psykisk ohälsa i kommunal primärvård*

Patienter inskrivna i kommunal primärvård får inte alltid samma stöd som de som söker vård på en vårdcentral. I kommunal primärvård beskrivs fokus ligga på den specifika insatsen som patienten skrevs in för, snarare än på en helhetssyn kring patienten. Detta kan leda till att patientens övriga behov av vård inte tillgodoses. Om en patient uppfattas suicidbenägen saknas möjlighet inom den kommunala primärvården att utföra suicidbedömning. Det påpekas av verksamma att det ansvaret ligger hos regionen och därav uppger verksamma att de är beroende av att få kontakt med den regionala vården för bedömningar av mer akut karaktär. I vissa kommuner beskrivs att sjuksköterskor från kommunen kan göra ett första ställningstagande men att de sedan behöver uppbackning i bedömningen från regionens personal.

I några kommuner beskriver verksamma att de har ett stort fokus på åtgärder och insatser som syftar till att minska och förebygga psykisk ohälsa. Som exempel nämner en kommun att de arbetar med bemötandeplaner för enskilda patienter och att personal fått genomgå psykiatriutbildning för att bättre kunna bemöta patienter med psykisk ohälsa. En annan kommun beskriver att de fokuserar mycket på att ge stöd till personal. I en ytterligare kommun beskrivs att de jobbar med att främja hälsa över lag genom till exempel att erbjuda kostschema, ge stöd med livsstilssval och fysisk träning.

### *Olika kompetens och arbetsuppgifter bland kommunernas sjuksköterskor*

I vissa kommuner finns sjuksköterskor anställda med specialisering kring psykiatri medan den kompetensen saknas i andra kommuner. Kommuner som har psykiatrisjuksköterskor anställda beskriver fördelar med detta, då dessa sjuksköterskor kan fungera som en värdefull resurs för andra inom kommunen och bidra till en mer fokus på psykiatrisk vård.

I några kommuner uppges att kommunernas sjuksköterskor erbjuder stödsamtal till patienter som mår psykisk dåligt, detta som ett sätt att förebygga förvärrat tillstånd och för att ge stöd till patienten inom den egna organisationen. Detta arbetssätt förekommer endast hos några få kommuner.

## **Behov och resurser**

### *Ökad kompetens och mer tid*

Verksamma upplever ett ökat behov av insatser kopplat till psykisk ohälsa och gissar att de kommer få jobba mer fokuserat kring psykisk hälsa i framtiden. Verksamma beskriver att de

redan idag har ”vårdtunga” patienter i sina verksamheter. Verksamheten beskriver också att de ser en ökad mängd av patienter som behöver stöd utifrån exempelvis depression och våld i nära relation vilket de ser ökar behovet av stöd till psykisk hälsa.

Från flera håll påpekas att verksam personal inom kommunal primärvård behöver öka sin kunskap för att förbättra bemötandet av patienter med psykisk ohälsa, både bland legitimerad personal, vård- och omsorgspersonal och ledning. En utmaning som beskrivs med att öka kunskapen bland befintlig personal är personalomsättningen. Det skulle krävas stående utbildningar då det är rulljans på personal.

En kommun har varit proaktiv och börjat ställa om mot troliga framtida krav kring stöd runt patienter med psykisk ohälsa. Deras personalgrupp arbetar numera dygnet runt kring patienter med dessa bekymmer. Denna kommun förutspår att regionen kommer ta över ansvaret för behandling, utifrån nya direktiv i samsjuklighetsutredningen. Detta har gjort att kommunen framåt mer kommer fokusera på att ge omvårdnad och stöd i vardagen i stället för behandlingsinsatser.

### ***Otillräcklig tillgång till läkare från regionens hälso-och sjukvård***

Verksamheten uppger att det förr fanns specialistpsykiatriska mottagningar i varje kommun vilket gjorde stödet mer lättillgängligt för kommuner och patienter än vad det är idag. Flera kommuner beskriver att vårdcentraler inte täcker in för dessa behov sedan specialistvården försvann från varje kommun. Kommuner upplever att kompetens kring psykiatri saknas hos vårdcentralerna.

Det beskrivs att vårdcentralerna sällan är behjälpliga kring kommunens patienter med psykisk ohälsa. Verksamheten påtalar att vårdcentralerna skulle behöva finnas närmre till hands för dessa patienter, då de upplever att de ensamma inte kan ge vård till psykisk hälsa. Denna upplevelse kan handla om vårdnivåer, att patienter inom kommunal primärvård oftare är inskriven hos specialistpsykiatri och då tar inte vårdcentralerna ansvaret utifrån ansvarsfördelningen mellan specialist- och primärvårdsnivå.

Flera verksamheter inom kommunal primärvård uppgav under kartläggningen att de inte visste att det fanns psykisk hälsa team på vårdcentraler. Personal från kommunens primärvård trodde att det berodde på att vårdcentralerna inte har långvariga kontakter med patienter och att de inte heller har lika funktionsnedsatta patienter om kommunerna har sin verksamhet.

### ***Behov av stöd från regional vård vid akuta händelser***

En uttalad brist och oro som beskrivs från personal är det bristfälliga stödet från regionen, vilket blir extra tydligt vid akuta händelser och behov av stöd. Verksamheten från olika kommuner beskriver enskilda händelser med exempel på när hjälpen inte kommit i tid och hur det blivit för patient och verksamhet. Det råder oklarheter kring vilken instans som kommunen ska vända sig till vid akuta situationer som rör psykisk ohälsa.

Ett exempel på händelse beskrivs då en patient med psykotiskt tillstånd kom till kommunens verksamhet. Sjuksköterskan kontaktade vårdcentralen, det mobila psykiaritteamet, akuten och ambulans, men nekades hjälp och bollades mellan olika instanser. Frustrationen blev påtaglig när en verksam försökte få den hjälp som patienten akut behövde. Det tog i det fallet sju timmar innan patienten erhöll adekvat vård.

En annan kommun beskriver att de behövde hjälp med en patient som av kommunens personal bedömdes vara suicidal. Det psykiatriska mobila teamet kunde ej komma ut för bedömning. Kommunens personal fick åka med patienten i bil till psykiatriska akutmottagningen. Där fick de vänta i över fyra timmar på en bedömning. Det fallet slutade med att patienten gav upp hoppet om att få vård och avvek efter fyra timmar från sjukhuset utan adekvat bedömning och eventuell vård.

I dessa och liknande situationer beskriver sig verksamma inom kommunal primärvård väldigt ensamma. Det finns en oro för hur liknande situationer ska lösas framåt och vad konsekvenserna blir för patienter. Det beskrivs i vissa kommuner ett bättre stöd från regionen. Verksamma i dessa kommuner tror att det kan handla om att de befinner sig i den ort där specialistvården fysiskt är belägen.

## Samarbete och samverkan

### *Intern samverkan*

Verksamma lyfter en organisatorisk uppdelning inom kommunal primärvård som kan upplevas problematisk. Uppdelningen handlar om att olika verksamheter utför olika hälso- och sjukvårdsinsatser. En utförardel beskrivs vara personal som är mer vana att ge stöd utifrån fysisk hälsa och andra med vana att ge stöd utifrån psykisk hälsa.

Det beskrivs att uppdelningen ibland påverkar patienter negativt då de ibland kan tvingas byta verksamhet och personalgrupp baserat på kunskap hos respektive verksamhet. Exempelvis nämns att personal inom äldreomsorgen inte har samma erfarenhet av att hantera psykisk ohälsa. Samtidigt har personal med mer vana kring psykisk ohälsa inte samma vana av att ge fysiskt stöd. I en kommun har man försökt ta sig an den utmaningen genom att två specialistsjuksköterskor som del av tjänst handleder olika hemvårdsgrupper vid behov. Några andra kommuner jobbar aktivt för att ha ett nära samarbete med fysioterapeuter för att främja hälsa och arbeta förebyggande kring samtliga patienter oavsett behov av fysisk eller psykisk hälsa.

### *Samverkan med vårdcentraler*

Personal inom kommunal primärvård beskriver att det är ovanligt med samarbete mellan vårdcentral och kommunal primärvård kring psykisk hälsa. En anledning sägs vara att en majoritet av patienterna som är inskrivna i kommunal primärvård har behov av specialistpsykiatrisk vårdnivå. Verksamma uppger att när de har frågetecken kring patienter

som ”tillhör” specialistvården så hänvisar vårdcentralerna att kontakten ska ske med ansvarig vårdnivå.

Flera verksamma ger exempel på samverkan vid utskrivning från sjukhus. Det beskrivs att vårdcentraler oftast inte deltar i planering inför utskrivning eller att de endast deltar vid en inledande samordnad individuell planering (SIP) men sedan lämnar ärendet. Flera verksamma beskriver att de upplever att vårdcentralerna har en rädsla för att hantera patienter med psykiatrisk problematik och/eller beroende och därav upplever kommunen att de sällan deltar i gemensam planering kring patienter med dessa problem.

En kommun beskriver ett uppskattat arbete som en vårdcentral gjorde hos dem. Vårdcentralen i denna kommun hade en kurator som åkte hem till patienter som erhöll hemsjukvård och bostad med särskild service och erbjöd samtalsstöd vid psykisk ohälsa.

### ***Samverkan med specialistpsykiatri***

Många vittnar om problem i samarbetet med specialistpsykiatri. Den bristande tillgängligheten, speciellt till läkarkontakt, beskrivs påverka både arbetsmiljön för personalen och patientsäkerheten. Personal beskriver att de saknar kunskap och utbildning som specialistvården ska tillhandahålla primärvården enligt hälso- och sjukvårdsavtalet. Sjuksköterskor inom kommunen vittnar om att det tar mycket tid att "jaga" läkarresurser för att få till ronder kring patienter som behöver läkarkontakt eller bedömning.

Kommunal primärvård beskrivs ha patienter med komplexa problem, som de inte klarar av att hantera på egen hand. Patienterna kan ha långa avstånd till specialistmottagningarna, vilket skapar problem för personal, om patienten inte klarar av att sköta kontakten och besöken med regionens sjukvård på egen hand. Personal i kommunal primärvård önskar att vårdcentralerna kunde ta ett större ansvar för dessa patienter.

Personal vittnar också om att informationen från specialistvården kring patienter som ska skrivas in i kommunal primärvård ofta är bristfällig. Det saknas information om patientens behov, vilket leder till extra arbete för kommunen och/eller oklarheter kring vad kommunen förväntas utföra för stöd kring patienten. Det beskrivs också finnas en avsaknad av gemensam och långsiktig planering mellan specialist- och primärvårdsnivå kring gemensamma patienter.

Slutligen ställer sig personal inom kommunal primärvård frågande till vilken hjälp de kan få från regionens sjukvård. Som exempel uppges psykiatriska mobila team och akutpsykiatrisk bil. Personal uppger att de idag inte vet när och för vilka dessa resurser finns tillgängliga för.

## Diskussion och åtgärdsförslag

Här nedan följer en diskussion av resultaten från kartläggningen och tillhörande åtgärdsförslag kopplat till de förslag som presenteras i utredningen SOU 2021:6 God och nära vård- ”Rätt stöd till psykisk hälsa”.

### Uppdrag psykisk hälsa

Primärvårdens arbete med psykisk hälsa uppvisar stora variationer både mellan vårdcentraler och kommuner i Skaraborg. Rehabmottagningar beskriver sitt uppdrag likartat oavsett geografisk placering i Skaraborg. Många verksamheter beskriver och fokuserar på symptom, besvär och allvarlighetsgrad av de samma, när de förklarar vilka patienter som kan erhålla stöd från deras verksamheter. Detta påverkar i sin tur vilka patienter som erhåller stöd till psykisk hälsa inom vården.

Gränsdragningsfrågor beskrivs ta mycket fokus från verksamheter samtidigt som det ibland tycks skymma sikten för vad respektive verksamhet själva kan erbjuda patienter. Rehabmottagningarna är de verksamheterna som upplevs beskriva minst avgränsningar kring vilka patienter de erbjuder stöd. De lägger inte lika stor vikt vid vårdnivå eller symptom på psykisk ohälsa när de avgör vilka patienter de ska erbjuda stöd till.

Kommunal primärvård beskrivs mestadels erbjuda stöd i form av medicintilldelning för vissa patienter med psykiatriska tillstånd. I övrigt framträder ingen tydlig beskrivning kring vad eller hur kommunal primärvård ger stöd och vård till psykisk hälsa. I uppdraget psykisk hälsa innefattar verksamheter inom primärvårdsnivå sällan skadligt bruk eller beroende och de flesta verksamheterna inom primärvården hänvisar arbetet med skadligt bruk eller beroende till kommunernas socialtjänst.

Utredningen SOU 2021:6 beskriver, tvärt emot vad många efterfrågar, att primärvårdsuppdraget aldrig så tydligt kan definieras genom att utesluta eller innefatta en viss grupp av människor baserat på diagnoser eller besvär. Att enbart fokusera på specifika diagnoser är inte en framkomlig väg, då det riskerar att skapa stuprör och hindra en samlad bild av patientens behov och stöd. Stöd till psykisk hälsa bör vara individuellt anpassat och ta hänsyn till hela patientens situation, inte bara psykiatrisk diagnos eller psykiska besvär. Gråzonen mellan upplevda problem och diagnos är en utmaning i arbetet med psykisk hälsa, men primärvården har en viktig roll i att fånga upp alla som söker stöd och vid behov lotsa till andra aktörer eller utforma stödet tillsammans med andra.

### Åtgärdsförslag uppdrag

- **Huvudmännen behöver tydliggöra sitt uppdrag kring psykisk hälsa.**
  - Definiera primärvårdens uppdrag och ansvar kring psykisk hälsa för och mellan

huvudmännen.

- Kommunal primärvård behöver inkludera psykisk hälsa och psykiska vårdbehov i sina övergripande rutiner och strukturer.

## Organisering av arbetet med psykisk hälsa

Organisationsstrukturen för arbetet med psykisk hälsa präglas av en viss fragmentering och oklarheter. Hos vårdcentralerna bär oftast teamen för psykisk hälsa det största ansvaret för hela vårdcentralens arbete kring patienter i behov av stöd till psykisk hälsa. De flesta team för psykisk hälsa saknar läkare i teamet och på flera håll beskrivs svårigheter att tillgå läkare vid olika steg i patientens stöd-och behandlingsprocess. Arbetet mellan psykisk hälsa team och andra professioner på vårdcentralerna beskrivs på många håll uppdelat baserat på fysisk och psykisk ohälsa. Helhetsarbetet och helhetssynen kring patientens situation försvinner lätt med sådan organisering och arbetssätt.

Kommunernas arbete präglas av en splittring mellan fysisk och psykisk hälsa. Denna uppdelning skapar problem, då patienters behov måste anpassas till den befintliga organiseringen, snarare än att organisationen anpassar sig efter patientens behov. Organiseringen av arbetet med psykisk hälsa beskrivs hamna utanför ramen för kommunal primärvård. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård påpekar att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet av kommunerna många gånger ses som en egen form av vård. Utredningen tydliggör att den hälso- och sjukvård som kommunen utför i hemmet omfattas av samma kvalitetskrav, behov av adekvat resurssättning och kompetensbehov som all hälso-och sjukvård i övrigt (SOU 2022:41).

Det saknas oftast strukturerad organisering mellan verksamheterna inom primärvården, rehabmottagning, kommunal primärvård och vårdcentral samt i övergång till specialistnivå. Bristande organisering ses påverka patienters möjlighet till adekvat medicinsk bedömning, stöd och behandling. Det utgör en risk för att patienter behandlas och stötts i separata stuprör mellan verksamheter.

## Åtgärdsförslag organisering

- **Se över vårdcentralernas organisering av psykisk hälsa team och se över hur läkarresurs kan kopplas till psykisk hälsa team.**

Vilka resurser behövs i psykisk hälsa team? Ska läkare ingå i teamet för psykisk hälsa eller kan flera läkare vara utsedda resurser som har möte med personal från psykisk hälsa teamet kontinuerligt?

***Exempel:** Sjästadens vårdcentral och Närhälsans vårdcentral i Mariestad har läkare kopplat till sina psykisk hälsa team. Vissa mindre vårdcentraler har gemensamma möten med samtlig personal på vårdcentralen kring patienter i behov av flera olika professioner och kompetenser.*

*Exempel: Psykisk hälsa team Närhälsan Mariestad:*

*Detta team har olika professioner och kunskap i sitt team. De har delat upp arbetsuppgifter i teamet. Detta gör att de kan erbjuda ett brett och varierat behandlingsutbud.*

- **Kommunal primärvård behöver tydliggöra sin organisering och sitt arbete kring psykisk hälsa.**

- Det bör framgå av övergripande rutiner vad för stöd, vård och behandling kring psykisk hälsa kommunal primärvård erbjuder.

*Exempel: I vissa kommuner erbjuder sjuksköterskor stödsamtal till patienter med psykisk ohälsa som är inskrivna i kommunal primärvård.*

## Vägen in

Grundtanken är att vid upplevd psykisk ohälsa (patientens perspektiv), vid misstanke om psykiatriska tillstånd (vårdens perspektiv), är primärvården oftast vägen in till hälso- och sjukvården. Där görs en första bedömning, ges stöd till egenvård och vid behov behandlande insatser, antingen på primärvårdsnivå eller via kontakt med och hänvisning till annan del av hälso- och sjukvården. I de fall kriterier för psykiatriska tillstånd inte uppfylls, kan insatser för att minska funktionspåverkan av psykiska besvär behöva erbjudas, ibland av primärvården, andra gånger via strukturerad samverkan med andra aktörer, såsom företagshälsovård, studenthälsa, föreningsliv eller socialtjänst (SOU 2021:6).

I nuläget upplevs det inte tydligt att patienter kan vända sig till rehabmottagningar utifrån psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd. Hemsidorna till många rehabmottagningar beskriver stöd vid stress men det framgår inte att det finns stöd vid psykisk ohälsa. Därav bedöms det inte tydligt att rehabmottagningar kan ge stöd kring psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd. För att patienter fullt ut ska kunna dra nytta av rehabmottagningarnas stöd krävs att patienter har en viss kunskap om kopplingen mellan rehabmottagningarnas insatser och psykisk ohälsa.

Tillgången till första kontakt, bedömning och erbjudande av stöd och behandling vid psykisk ohälsa hos vårdcentraler varierar. Det finns risker med detta mer ostrukturerade tillvägagångssätt och det är oklart om en patient erhåller adekvat bedömning av hälso- och sjukvården. Den risken bekräftas i Socialstyrelsens rapport (2019) som skriver att i genomsnitt identifieras endast cirka hälften av patienterna med depression och ångestsyndrom både inom primärvård och öppen specialiserad vård. Därav har det utformats nationella vårdförlopp som beskriver hur olika tillstånd ska bedömas och behandlas inom vården.

Kommunernas ansvar kring patienter i behov av stöd till psykisk hälsa bedöms vara vag. Fokus ligger på fysiska funktionshinder, men det saknas en tydlig och enhetlig process för att bedöma och behandla psykiska vårdbehov. Det framkommer oklarheter kring vem som har

rätt till stöd utifrån psykisk ohälsa i den kommunala primärvården och vad för vård som vid behov erbjuds utöver medicintilldelning.

## Åtgärdsförslag "Vägen in"

### Kommunal primärvård

- **Utveckla rutiner för att säkerställa att när psykisk ohälsa identifieras ges patienten tillgång till medicinsk bedömning av relevant kompetens inom kommuners eller regioners primärvård.**

- Detta kräver kunskap om hur psykiska besvär och psykiatriska sjukdomar påverkar individens behov av att erhålla hälso- och sjukvård i hemmet. Det kan medföra behov av psykosociala team över huvudmannagränser (SOU 2021:6).

*Exempel:* Bräcke diakoni vårdcentral i Skara och kommunen i Skara har ett team med personal från kommunal primärvård och vårdcentral som gemensamt besöker individer inom kommunal primärvård och även individer som inte har insatser från någon, för en gemensam bedömning av behov.

### Vårdcentral

- **Förstärkt tillgänglighet till första bedömning på samtliga vårdcentraler.**  
- Invånare i Skaraborg har rätt till jämlik vård och enkel väg in för stöd. Det bör inte avgöras utifrån vart du bor eller på vilken vårdcentral du är listad.

*Exempel:* Närhälsan Tidabholm och Närhälsan Mariestad erbjuder bedömning inom 72 timmar hos personal med relevant kunskap och kompetens för bedömning av psykisk ohälsa.

- **Ökad tillgänglighet till adekvat behandling.**

Tiden till att patienten får behandling är lika viktig som tiden innan det första besöket. Det finns stöd för att psykologisk behandling fungerar bättre ju kortare tid det tar mellan första kontakt och behandlingsstart (Socialstyrelsen 2019).

*Exempel:* Närhälsan Nossebro är liten vårdcentral och har svårt att ha tillgång till psykolog på plats, men har psykolog anställd som erbjuder behandling och utredning digitalt.

## Evidens, metod och arbetsätt

Hur, om och när en patient erhåller en medicinsk bedömning från legitimerad personal varierar beroende på vårdcentral och kommun. På flera håll är variationen av bedömning stor och det är inte alltför sällan som patienter inte erhåller en medicinsk bedömning, utan insatser sätts in och prövas allt eftersom utan att veta vad patienten behandlas för. Detta tillvägagångssätt kan inte ses som kvalitetssäkrat och effektivt.

Många psykiska sjukdomar och syndrom kan i ett första skede likna varandra symtomässigt, vilket kan göra det svårt att ställa rätt diagnos. Det är också vanligt med samsjuklighet med andra psykiska eller kroppsliga sjukdomar och att depressions- och ångestsymtom förekommer vid missbruk av alkohol och narkotika. Därav rekommenderas som komplement till den kliniska bedömningen att användning av strukturerade diagnostiska intervjuer ökar, så som exempelvis M.I.N.I (kortfattad diagnostisk intervju). Dessutom rekommenderas att utesluta somatisk sjuklighet och beroendeproblematik samt att genomföra suicidriskbedömning (Socialstyrelsen, 2019).

Vilka insatser som erbjuds från kommunal primärvård framgår inte under kartläggningen. Det hänvisas främst till socialtjänsten vad gäller stöd och behandling kopplat till psykisk hälsa. Bristande beskrivningar av vad kommunal primärvård erbjuder för insatser, kan tyda på att det sällan erbjuds insatser som stöd till psykisk hälsa. Det har under kartläggningen också lyfts att patienter som erhåller primärvård via kommunen inte erbjuds likvärdig vård som personer som erbjuds primärvård via regionen. Det är något som också lyfts i utredningen SOU 2021:6.

Rehabmottagningarna beskrivs i hög grad följa evidensbaserade metoder och erbjuder insatser som kan förebygga psykisk ohälsa likväl förbättra upplevd psykisk ohälsa. Behandlingsplaner och mål utformas individuellt med varje patient och innehåller alltid uppföljning och revidering baserat på patientens behov. Ett personcentrerat arbetsätt genomsyrar samtliga rehabmottagningars verksamheter.

## Åtgärdsförslag evidens, metod och arbetsätt

- **Ökad användning av strukturerade bedömningsinstrument för att identifiera psykisk ohälsa och för att möjliggöra erbjudande av adekvata stöd- och behandlingsinsatser.**
  - Använd relevanta kunskapsunderlag, såsom Socialstyrelsens nationella riktlinjer och kunskapsstöd inom ramen för huvudmännens gemensamma modell för kunskapsstyrning.
- **Erbjud rekommenderade bedömningsmetoder och behandlingsinsatser.**
  - Likvärdigt behandlingsutbud saknas i Skaraborg. SOU 2021:6 rekommenderar att man följer Nationella vård- och insatsprogrammet (VIP) för att förbättra psykiatrisk

vård. VIP-programmen samlar kunskap från olika källor (till exempel Socialstyrelsen) och gör den tillgänglig för all personal som möter personer med psykisk ohälsa.

- **Skapa stegvisa och väl sammanhängande vårdkedja med insatser och tydliga vårdövergångar mellan primärvårdens verksamheter**

- Olika modeller kan ha varierande antal steg, varierande format (till exempel föreläsning, grupp, självhjälp, individuell behandling) och varierande innehåll. En part erbjuder inte allt och det behöver gemensamt planeras vem som erbjuder vad i vilka steg. Insatser kan också utföras tillsammans med flera verksamheter. Genom att veta om varandras insatsutbud kan verksamheter anpassa utbudet efter varandras innehåll och erbjuda större variation av stöd till psykisk hälsa.

***Exempel:** Närhälsan Tibro vårdcentral som arbetar med insatser enligt modellen Stegvis vård med strukturerad bedömning. De erbjuder öppna gruppföreläsningar, individuell behandling digitalt och fysiskt samt har en strukturerad samverkan med rehabmottagning.*

## Behov och resurser

Nästan alla verksamma och verksamheter som deltagit i kartläggningen är eniga om att de ser en ökning av patienter som söker vård kopplat till psykisk hälsa. En delorsak till detta beskrivs av flertalet vara den alltmer begränsade tillgången till specialistpsykiatri.

Både kommunal primärvård och rehabmottagningar lyfter behov av ökad kunskap kring psykisk ohälsa. Samtliga parter upplever att arbetet med att förebygga psykisk ohälsa är bristfällig då samtliga verksamheter kommer in i patienters liv oftast när det redan finns stora bekymmer i individens liv. Det finns en önskan hos många att kunna erbjuda stöd i ett tidigare skede men den tiden finns inte idag då det mesta handlar om att dämpa redan befintliga bekymmer.

Många psykisk hälsa team besitter goda kunskaper och har stor erfarenhet av att arbeta med patienter med psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Dock deltar få psykisk hälsa team i samverkansformer med rehabmottagningar och kommunal primärvård. För att gemensamt förbättra kunskap och arbetssätt kring psykisk hälsa finns en stor nytta av att samarbeta i team runt patienter. Under kartläggningen uppmärksammas att verksamheter med etablerad samverkan upplever oftare att de kan ge gott stöd till psykisk hälsa och räcka till för patienter. Till skillnad från verksamheter där upparbetad samverkan saknas, beskriver de sig mer ensamma och otillräckliga i arbetet patienter i behov av stöd kring psykisk hälsa.

## Åtgärdsförslag behov och resurser

- **Stärk, utöka eller påbörja samverkan med samtliga parter inom primärvårdsnivå.**

- För att kunna erbjuda ett bredare utbud av insatser, stöd och behandling. Det ökar kunskapen om enskilda patienter, kunskap om varandras verksamheter och ökat nyttjande av gemensamma resurser.

*Exempel: Närhälsan psykisk hälsa team i Töreboda har direktkontakt med kommunens handläggare från socialtjänsten. De genomför ofta gemensamma möten och bedömningar med enskilda patienter i behov av stöd.*

*Exempel: Närhälsan Mariestad har stående samverkansmöten varannan vecka med personal från rehab, psykisk hälsa team på vårdcentral och socialtjänst samt skola. Där lyfts ärenden som respektive verksamheter behöver stöd kring och där planeras gemensamt vad alla ska göra kring patienter.*

### **Utökade resurser till primärvårdens arbete med psykisk hälsa.**

- I SOU 2021:6 poängteras att det är viktigt att primärvårdens personal ges de resurser och kompetens som krävs för att möta behovet. Att i stor utsträckning möta människor med psykisk ohälsa ställer särskilda krav på en hållbar arbetsmiljö för primärvårdens medarbetare.

## **Samarbete och samverkan**

### *Intern samverkan psykisk hälsa vårdcentraler*

Psykisk hälsa teamen hanterar i regel de flesta patienter som söker stöd till psykisk hälsa, men graden av involvering från övrig personal varierar. Försök till ökad samsyn och samarbete pågår på vissa vårdcentraler. Övervägande del av psykisk hälsa teamen beskriver en uppdelning av arbetet med psykisk hälsa utifrån att endast utsedd personal främst arbetar med psykisk hälsa.

## **Åtgärdsförslag intern samverkan vårdcentraler**

- **Etablera en ram för tvärprofessionellt samarbete på vårdcentraler.**
  - Se över vilka professioner och kompetenser som behövs i psykisk hälsa teamen på respektive vårdcentral.

*Exempel: Svalövsmodellen- teammodell på Vårdcentral. Modellen går i linje med SOU 2021:6 och ett gott exempel på hur man kan samarbeta kring patienter med fokus på hela patienten. Arbetsättet involverar alla medarbetare och yrkeskategorier på vårdcentralen som arbetar i team kring patienter. Modellen har gett förbättrad arbetsmiljö, ökad kompetensutveckling och bättre kontinuitet och stöd till patienter.*

### *Intern samverkan psykisk hälsa kommun*

Verksamheten inom kommunal primärvård vittnar om en problematisk organisatorisk uppdelning. Olika verksamheter ansvarar för insatser antingen fysisk eller psykisk hälsa, vilket skapar problem. Personalen i de olika enheterna har olika erfarenhet och kompetens. Det kan leda till att patienter tvingas byta verksamhet, beroende på om de behöver stöd kring fysisk eller psykisk hälsa. En utmaning är att personal i vissa verksamheter känner sig osäkra på hur de ska bemöta patienter med psykisk ohälsa.

## Åtgärdsförslag intern samverkan kommunal primärvård

- **Satsningar på kompetensutveckling**  
-Kring psykisk ohälsa behövs för att ge personalen verktyg för att kunna bemöta, bedöma och ge stöd till psykisk hälsa.
- **Skapa gemensamma riktlinjer och rutiner**  
-För att personal ska uppmärksamma, bedöma och ge vård till patienter med psykisk ohälsa oavsett inom vilken verksamhet personalen arbetar.

### *Samverkan primärvårdsnivå; rehab, kommun och vårdcentral*

Samverkansstrukturen inom primärvårdsnivån i Skaraborg varierar mellan olika verksamheter. Vårdcentralerna är den närmaste samarbetspartnern för rehabmottagningar. Kommunal primärvård beskriver en nästan obefintlig samverkan med vårdcentraler, men graden av samarbete varierar beroende på ort. Tillgång till läkare är en aktuell fråga hos både kommunal primärvård, rehab och teamen för psykisk hälsa hos vårdcentralerna. Framgångsfaktorer som lyfts under kartläggningen är tydlig struktur och prioritering av samverkan från ledning och medarbetare. Gemensamma möten med relevanta representanter från de olika verksamheterna för ärendegenomgång, diskussion och informationsutbyte om respektive parts stöd och insatser samt samordnad planering för patienter i behov av stöd vid psykisk ohälsa.

## Åtgärdsförslag samverkan primärvårdsnivå; Rehab, kommun och vårdcentral

- **Utveckla och rusta upp befintlig samverkansforum VPMB Trepert.**  
- Inom ramen för Vårdsamverkan Skaraborg finns en samverkansgrupp Vuxna Psykisk hälsa och Missbruk/Beroende (VPMB). Den består av representanter från övergripande ledningsnivå från regionala och kommunala verksamheter. Syftet är effektiv samverkan kring vuxna individer med psykisk ohälsa, missbruk, beroende eller samsjuklighet. Under VPMB finns lokala samverkansgrupper i varje kommun i Skaraborg, så kallade Treparter, med representanter från både ledningsnivå och handläggarnivå.

På flera håll i Skaraborg nyttjas inte dessa forum eller kommer inte längre än till presentation av respektive verksamheter och avgränsningar i arbetet utifrån respektive part. Här finns ett forum med potential att ha gemensamt arbete kring vuxna med fokus på psykisk ohälsa men det används för lite.

Till exempel skulle lokala forum kunna innefatta stöd kring enskilda patienter, utformning av gemensamma insatser och modell för Stegvis vård och även konsultationsteam mellan primärvård och specialistpsykiatri. Detta kräver stöd från styrning/ledning från övergripande nivå.

Aktörerna samlas redan idag, men kanske för sällan och kanske är det inte tillräckligt prioriterat och resurssatt av samtliga parter?

- **Inkludera rehabmottagningar i befintlig samverkansstruktur.**
  - Förslagsvis genom att utveckla befintlig Trepårt (samverkansstruktur kring individer med psykisk ohälsa och/eller skadligt bruk och beroende) som finns i samtliga kommuner i Skaraborg.

### *Samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri*

För att lyckas med uppdraget att erbjuda vård i rätt tid behöver det finnas strukturer för att möjliggöra en fungerande samverkan både inom och utanför organisationen. För att bygga samverkan behöver personal ges möjlighet till samverkan. Det blir svårt att ha en gemensam plan med andra professioner eller med andra aktörer runt en patient när all tid går åt till att ta emot nya patienter.

Allra tydligaste bekymren kring samverkan som beskrivs under kartläggningen rör samverkan mellan vårdnivåer. Den bristande, och ibland obefintliga, kommunikationen och samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri försvårar arbetet för personalen och drabbar de patienter som är i behov av vård för psykisk ohälsa. Dessa patienter beskrivs skickas runt mellan vårdnivåer och det är oklart om de erhåller stöd från någon part.

## Åtgärdsförslag samverkan vårdnivåer

- **Skapa forum för dialog och konsultationstid mellan specialistpsykiatri och primärvård.**
  - För att patienter inte ska hamna mellan vårdnivåer och för att möjliggöra effektivare resursnyttjande. Detta bedöms kunna skapa bättre samarbete och dialog kring vem som gör vad, samt stärka den gemensamma kunskapen om psykisk hälsa. Eftersom specialistpsykiatri är en del av vårdkedjan i arbetet med psykisk ohälsa påverkas primärvårdens arbete och dess patienter av hur vårdövergången mellan primärvård och specialistvård fungerar.
- **Förbättrad kommunikation och samverkan mellan vårdnivåer**
  - Genom regelbundna och strukturerade möten.

- Går det att nyttja befintligt forum Trepårt där sjukhusrepresentanter finns med från specialistpsykiatri? Eller ska forum skapas baserat på specialistpsykiatrins upptagningsområden?
- Utse relevanta funktioner från samtliga parter som behöver deltaga från kommunal primärvård, regional primärvård och specialistpsykiatri samt socialtjänst och civilsamhälle.

## Referenslista

Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna). (2023-10-17). Hämtad från: [Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\).pdf \(vgregion.se\)](#) [2021-01-02].

*Det goda livet i Västra Götaland- Handlingsplan för psykisk hälsa 2018–2024*. Hämtad från: [Handlingsplan Psykisk hälsa i Västra Götaland 2018-2024 Förlängd och justerad 2022-12.pdf \(vgregion.se\)](#) [2024-01-02].

Folkhälsomyndigheten (2023). *Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022*. (Artikelnr: 23096). Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/p/psykisk-halsa-och-suicid-i-sverige-2022/?pub=126974>. [2024-01-02].

Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen (2023). *Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention- Slutredovisning av regeringsuppdrag 2023*. Hämtad från: [Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention – Slutredovisning av regeringsuppdrag 2023 — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#) [2024-01-23].

Försäkringskassan. *Försäkringskassans lägesrapport – Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv (2023)*. Hämtad från: [Försäkringskassans lägesrapport – Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv \(forsakringskassan.se\)](#) [2024-02-09].

SKR. *Specialiserad vård i hemmet (2022)*. Hämtad från: [Specialiserad vård i hemmet \(skr.se\)](#) [2024-02-21]. ISBN: 978-91-8047-025-4.

Socialstyrelsen. *Vad menas med psykisk hälsa och ohälsa*. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psykisk-ohalsa/vad-menas-med-psykisk-halsa-och-ohalsa/> [2024-01-02].

Socialstyrelsen. (2020). Meddelandeblad 2020:7130. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2020-12-7130.pdf> [2023-11-12].

Socialstyrelsen. (2019). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: Stöd för styrning och ledning. Hämtad från:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-12.pdf> [2024-03-12].

SOU 2021:6. *God och nära vård-Rätt stöd till psykisk hälsa*. Hämtad från: [God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa, SOU 2021:6 \(regeringen.se\)](#) [2024-01-02].

SOU 2022:41. *Nästa steg- Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer*. Hämtad från: [Nästa steg. Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer \(regeringen.se\)](#) [2024-03-11].

Västra Götalandsregionen. (2017–2020). Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017-2020. Hämtad från: [Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017-2020 Utskriftsvänlig-3.pdf \(vgregion.se\)](#) [2024-02-09].

## Bilaga

### Frågeunderlag som användes i dialoger med verksamma.

- **Vad har ni för uppdrag kring psykisk hälsa?**
  - Avgränsningar i fråga om stöd för psykisk hälsa?
  - Ingår skadligt bruk och/eller beroende?
  - Förebyggande arbete vad/hur?
- **Organisering i arbetet med psykisk hälsa?**
  - Hur är er verksamhet organiserad i arbetet med psykisk hälsa?
  - Har er verksamhet en samsyn kring arbetet med psykisk hälsa?
- **Hur ser vägen in för stöd ut till er verksamhet?**
  - Hur får individer kontakt utifrån psykisk hälsa?
  - Vad och vem avgör vem man får träffa och vilket stöd som erbjuds?
  - Start och stopp av kontakt med individer?
  - Vad händer med de personer som inte erbjuds stöd eller kontakt?
- **Vilka behov av stöd kring psykisk hälsa ser du hos de individer du möter?**
  - Hur upplever du att er verksamhet kan möta upp de behov som individer efterfrågar?
  - Vanligaste sökorsaken hos er kring psykisk hälsa?
- **Resurser i arbetet med psykisk hälsa?**
  - Hur upplever du dina möjligheter att arbeta personcentrerat?
  - Upplever du att er verksamhet har det som behövs för att möta upp och ge stöd till

psykisk hälsa? Om inte vad saknas?

- Hur upplever du möjligheten att få stöd och vägledning i ditt arbete?
- Erbjuds du vidareutbildning/ kunskapshöjande insatser kring psykisk hälsa?

■ **Evidens/metod/arbetssätt/rutiner:**

- Använder ni evidensbaserade metoder och/eller skattningsskalor i ert arbete?
- Hur sker bedömning av psykisk hälsa hos er?
- Utvärderar ni hur det går för era patienter?
- Utfall av insatser?
- Hur många söker stöd för psykisk hälsa?
- Hur många upplever förbättrad psykisk hälsa?
- Använder ni digitalt/ nätbaserat stöd för psykisk hälsa?
- Hur jobbar ni med att göra patienten delaktig i sin behandling och val av behandling?
- Erbjuder ni stöd till anhöriga?
- Involveras anhöriga i stöd/behandling?

■ **Samarbete och samverkan**

- Hur fungerar samverkan inom er egen organisation?
- Hur fungerar samverkan med rehab, vårdcentral, kommunal primärvård?
- Hur ser dina möjligheter till samverkan med andra ut?
- Vanligaste samverkansparter utanför egen organisation?
- Vad är svårast vid samverkan?
- Vad underlättar samverkan?
- Hur fungerar övergångar till andra specialistpsykiatri, socialtjänst och annat relevant för individer med psykisk ohälsa?