

Informationsmöte

2026-04-27



Vad innebär egentligen omställningen?

Anpassa verksamheten mot framtida behov och förutsättningar!

Vad vet vi om framtiden?

- Behovet av psykiatrisk vård kommer troligen öka – rätt insats i rätt tid blir viktigt
- Omhändertagande av nya och växande patientgrupper. Ny lagstiftning.
- Demografin kommer drastiskt förändras – nya arbetssätt behövs, resursoptimera
- Stora krav på samverkan med våra vårdgrannar



Ex på vad som pågår redan nu inom VO6

- **Vård på rätt vårdnivå:** samarbete primärvården, konsultationsvägar, sambehandlingar
- **Vård i rätt tid:** diagnostik/utredning, PKS, psykologisk behandling, uppdrag kring sjukskrivningar
- **Nya arbetssätt/behandlingar:** digital ADHD-mottagning, digitala verktyg, samsjuklighetsprojekt med kommunerna, BI, safewards, dagsjukvård ätstörningspatienter, ketamin, Tandem, flera klinisknära forskningsprojekt tex Pathfinder



Samsjuklighetutredningen

Regionen tar över all behandling

Beroendevård ska vara:

- integrerad med övrig psykiatrisk behandling
- lågtröskelvård
- skademinimerande



Två utmaningar för psykiatrin:

1. Omhändertagandet av svårt psykisk sjuka patienter: akutflödet och insatser för subakuta patienter (många beroendepatienter)
2. Förberedelse inför samsjuklighetsutredningens förslag



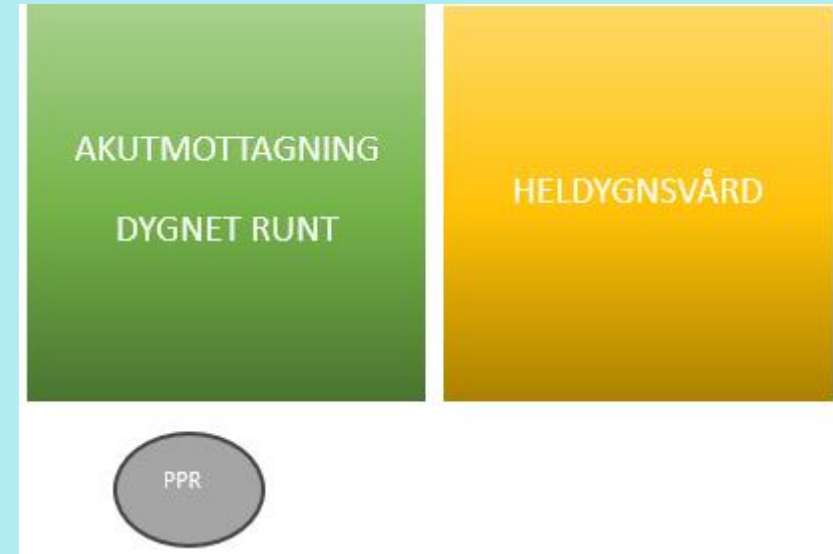
Akutuppdraget, vård inom 24t

Akutuppdraget idag på psykiatrin SkaS

Psykiatrimottagning
(Skövde, Lidköping, Mariestad, Falköping)



Psykiatrihuset
(Skövde)



Varför behöver vi göra en förändring i akutflödet?

- Akuta patienter söker oftast eftermiddag, kväll eller tidig natt - mycket resurser läggs idag dagtid
- Förenkla akutflödet för patienterna
- Flera tragiska suicid i vårdövergångar mellan slutenvård och öppenvård - glappet behöver täppas till, fra jourtid



Varför behöver vi göra en förändring i akutflödet?

- Akutuppdraget dagtid på mottagningarna tar mycket läkarresurser
- Svårt att blanda akut och planerad vård i öppenvården
- Idag saknas möjlighet till uppföljning i hemmet jourtid



Var i akutkedjan finns de största patientsäkerhetsbristerna?

- Vårdövergångarna!
- Beroendepatienter (behov av snabba insatser från olika instanser)

Vi behöver organisera oss annorlunda för att ha bättre förutsättningar att möta behovet.



Framtida organisation av akutuppdraget

- Akutuppdraget flyttas från psykiatriska öppenvården
- Ny akutenhet skapas i Skövde med akutmottagning och nytt akutteam

Dagens mobila team på psykiatrimottagningarna upphör

AKUTENHET



Akutmottagning
Dygnet runt

Akutteam
KI 08-00

Heldynsvård

PPR?

Akutteamet

- Dagbakjour/bakjour är medicinsk ansvarig för akutenheten
- Arbetar mobilt mot hela Skaraborg
- Bemanning är kl. 08.00-00.00, alla dagar i veckan, fokus kvällar tidig natt
- Akutteamet kommer bemannas av undersköterska/skötare och sjuksköterska, leg läkare



Akutteamet

- Patienter som skrivs ut från heldygnsvården och är i behov av snabb uppföljning, följs upp av akutteamet.
- Akutteamet får uppdrag från psykiatrins enheter och vårdgrannar, prioriteras av koordinator och ansvarig läkare.
- Akutteamet kan hålla patienten i upp till 2 veckor.
- Mycket instabila patienter, som kräver frekvent somatisk och psykiatrisk heldygnsvård, kan följas av akutteamet en längre period.



Akutteamet

Suicidriskbedömningar, dela läkemedel under en period, DBT, arbeta med krisplaner och vårdplaner, vårdintygsbedömningar, abstinensbehandlingar samt konsultbedömningar mot somatiken

Hålla i tills nästa vårdinstans tar över



Hur behöver **psykiatriska öppenvården** förändras för att möta behovet av:

- Subakuta patienter
- Ny patientgrupp (beroende)
- Ökande krav på samverkan med vårdgrannar
- Politisk vilja "nära vård"
- Stor patientgrupp med NP-diagnoser

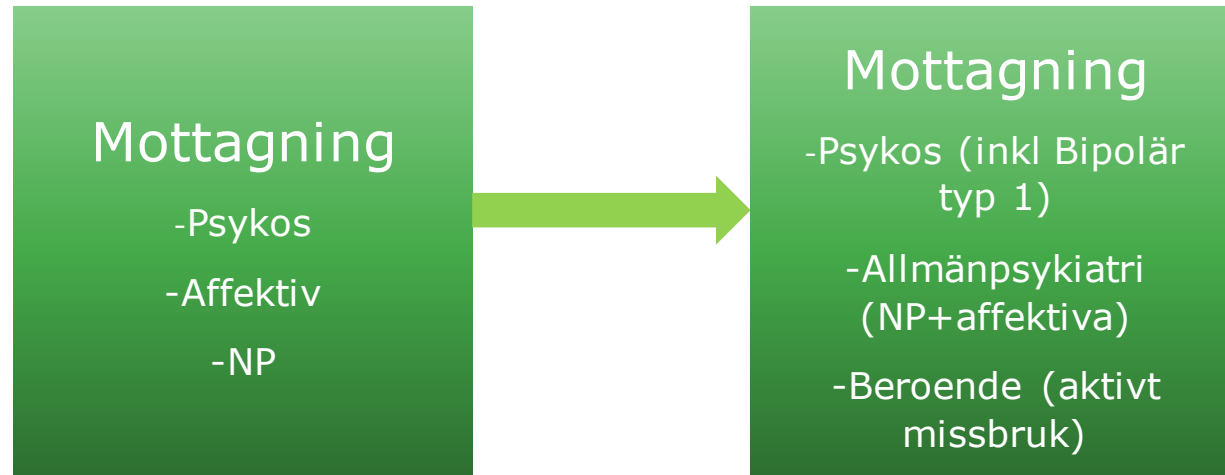


Teamen på psykiatrimottagningarna

Ny indelning av patienter: psykos (inkl bipolär-1-patienter), allmänpsykiatri, beroende.

Drop-in-mottagningar på samtliga mottagningar.

Stort överlapp idag mellan neuropsykiatri- och affektiva patienter, en uppdelning känns inte längre rimlig.



Debatt

Debatt | Vapenexport

Teknik riskerar att hamma i fel händer

När allt mer kraftfull teknologi blir tillgänglig ökar också möjligheterna att missbruka den, och i sådana fall händer blir konsekvenserna snabba och allvariga. Därför behövs skärpt kontroll av vapenexportlagarna, skriver **Jens Forsell** (S).

SV.D.se/rt3AgX



Mest lästa debatten veckan som gick

1. Dags för Europa att höja priset för Putin
2. Skapa nytt för Öresundsbron
3. En utmärkt signal till världens diktare
4. Varför väja den dyraströ lösningen?
5. Viltloven för markägande är inte heliga



Adhd är psykiatri, inte neuropsykiatri

När adhd organiseras i egna vårdspår riskerar resurser att styras av efterfrågan snarare än medicinsk tyngd. Regionerna bör återföra adhd till ordinarie psykiatri-bred bedömning, stegvisa insatser och systematisk utvärdering, skriver debattörer.

Adhd har blivit sin egen värld i svensk sjukvård – med separata krav och en riktigt sin skärvt ut diagnoserna från resten av psykiatrin. Nu är det dags för regionerna att återgå till psykiatriens kärna: bedömning baserad på brevid utredning, förståelse av kontext och funktion, prioritering samt systematisk uppföljning och omvärning.

I svensk sjukvård har två ord glöts i betydelse. Säg "utredning" på en vårdcentral, på en skolläkarens eller i ett personcentrum, på en många blir automatiskt "adhd-utredning". Och när adhd enklaras som NPP (neuropsykiatrisk funktionsbedömning) behandlas det ofta som något väsentligt från "vanlig" psykiatri: mer tekniskt, mer svårinriktat, mer "objektivt".

Det är inte bara spelreglerna som skiljer. Utvecklingen hänger ihop med hur vården organiseras i separata spår, vilket bidrar till läker- och underrättelse eller i ett personcentrum, skiljer tillstånd. När efterfrågan och kärnan behövs också en sammanhållen vårdlig utvärdering.

Adhd är, liksom depression, bipolar sjukdom och beredskapsinlämning, en klinisk diagnos. Det finns inget blodprov, ingen hjärnscanning och ingen röntgen. Ingen hjärnscanning och svårighetsgrad, utvecklingsnivå, funktionsnivå och samhälleliga konsekvenser. Den internationella diskussionen har länge präglats av "naturlig kängor". Ledande forskare betonar i stället att symtom och funktionsnivå skapar diagnoserna. Gränslinjer kan därför bli diffusa, godtyckliga, utan att lösa konsekvenser för hur vi bör tänka kring utredning, prioritering och insatser.

Polsten är att det överser en mer kliniskt utvärderad bild, snarare riskerar gränslinjer bli diffusa. Precis som vid andra psykiatriska adhd-diagnoser över tid, så är exempel med balans mellan individens förväntningar och omgivningens krav tydligt förklarade funktionsnivå. Svårigheterna signalerar ofta en matchning mellan individ och miljö, snarare än en begränsad biologisk störning. I dagens rutiner – behandlas adhd-vård som något väsentligt från övrig psykiatri, med



När utredning betyder adhd har psykiatrien sprut ut, skriver överläkare med flera.

separata vårdlogik och särskilda utvärderingskrav. Vi menar att detta får negativa konsekvenser både för patienter och för psykiatriens möjlighet att bedriva en sammanhållen vård med rimliga prioriteringar.

I linje med Socialstyrelsens och kunskapsstyrelsens riktlinjer bör psykiatriens arbets- och hyperaktivitetsproblemen första gången från möjliggöringar och anpassningar till läkemedelsbehandling när det är motiverat. Ett sådant dimensionellt synsätt har också tillförts i svensk psykiatri. Diagnos och specialvård bör inte utgöra förstahandsalternativ för alla former av koncentrationsstörningar.

En nystart i fyra steg krävs. 1. **Byt språk – byt logik.** Sluta behandla adhd som en egen art under etiketten "neuropsykiatri". Det är psykiatri – med samma krav på bred differentialsdiagnostik, helhetsbedömning och kliniskt målmedvetenhet. 2. **Återuppbygga funktionsriterier och prioriteringar.** Symtom räckes inte. Det riktiga och möjliga vinsten med behandling är att styras av specialiserade experter. Annars av de svårare stegen som följer. 3. **Gör stöd möjligt utan diagnos.** Skola och arbetsliv måste kunna erbjuda stöd utifrån behov, inte utifrån diagnoskod. Miljö,



Jonas Eberhard är ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen och skriver här tillsammans med en rad sakkunniga inom psykiatri. Foto: Privat

” Skola och arbetsliv måste kunna erbjuda stöd utifrån behov, inte utifrån diagnoskod.

pedagogik och anpassningar behövs ännu mer centrala i sin idag, även utan diagnos. Alla som kämpar i klassrummet har inte en psykiatrisk diagnos, men kan ändå ha behov av stöd.

4. **Öppna upp för stöd.** I samråd med återbesök behövs vårdens tillgång på stödverksamhet till omgivning när diagnoser saknas. Detta är i grunden inga radikala förändringar utan en återgång till psykiatriens kärnkärna: bred bedömning, förståelse av kontext och funktion, omvärning. Ett sådant arbetssätt förutsätter "adhd-utredningar" bedrivs på entreprenad av särskilda, ofta privata, företag. Det krävs också en ny typ av samarbete. Det krävs också en ny typ av samarbete. Det krävs också anpassningar och stöd. När vi åter sätter arbetet som psykiatri som för andra tillstånd – bred, pågående och uppföljande – blir vården både mer trafikrik för dem med adhd och mer riktad för alla andra.

Jonas Eberhard, överläkare, docent, Skånes universitetssjukhus (ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen). Robert Bodén, professor, Akademiska sjukhuset/Uppsala universitet. Maria Grzel, cheföverläkare, BUP Region Skåne, Lunds universitet. Mari Grzel, specialist i allmänmedicin och skolhälsovård, Region Skåne. Linda Hallander Henriksson, överläkare, docent, MLA BUP Västerbotten/ Umeå universitet (vet.su.se/MLA). Andrea Johansson Capovilla, överläkare, docent, Region Östergötland/ Linköpings universitet. Mikael Landén, professor, Sahlgrenska universitetssjukhuset. Marilou Næstved, PhD, överläkare, Umeå universitet. Axel Nordenskjöld, docent, cheföverläkare psykiatri, Region Örebro län. Lena Nylander, överläkare, Skånes universitetssjukhus. Johan Nyrenius, PhD, specialpsykiolog, Skånes universitetssjukhus. Stein Støvingsson, överläkare, docent, Sahlgrenska

Insatser för subakuta patienter

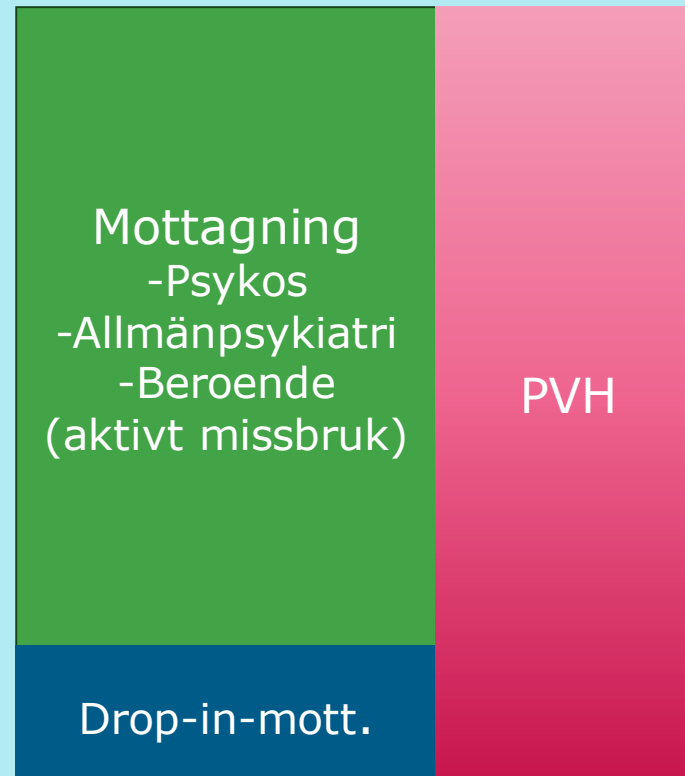
- BI eller planerade inläggningar
- Akutteamet kan hålla patienter upptill 2 veckor



- Subakuta tider till behandlare på mottagningen
- Färdighetsträningsgrupper på mottagningen med kontinuerligt intag
- Nytt arbetssätt på mottagningarna: *"Psykiatrisk vård i hemmet (PVH)"*

Dagsjukvårdens uppdrag upphör.

Ny struktur psykiatrisk öppenvård



Psykiatrisk vård i hemmet

Vardagar kl 08-17, förlängd arbetstid till kl 20 en dag i veckan

- Se patienten i sin hemmamiljö
- Handleda kommunens personal
- Stötta anhöriga
- Barnperspektivet



Psykiatrisk vård i hemmet

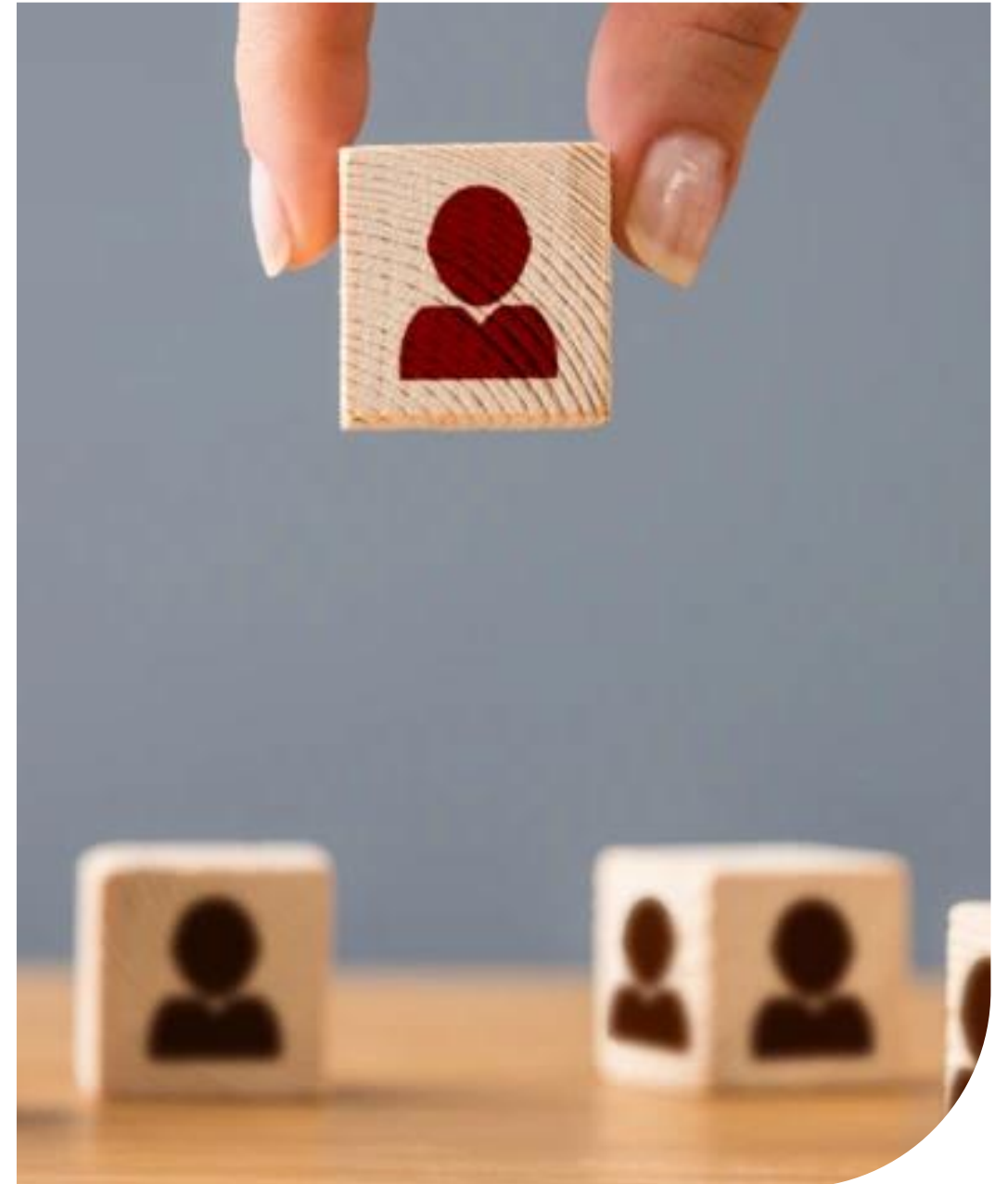
Ex på behandlingar:

Ge injektioner och dela läkemedel, följa upp kris- och vårdplaner, färdighetsträning och DBT samt KBT i hemmet vid behov.



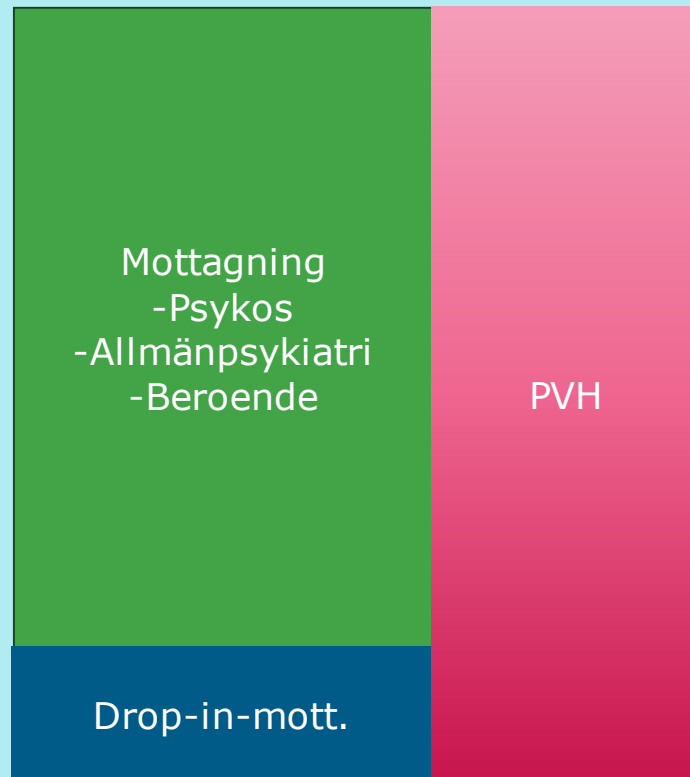
Bemanning?

- Initialt kommer 8-10 medarbetare arbeta i akutteamet.
- Intresserade medarbetare inom VO6 kan ansöka via intern intresseanmälan.
- Extern annonsering kommer också ske.
- Ytterligare tjänster kommer tillskjutas, tex ökning av antalet ST-läkare.
- Resursförstärkning i öppenvården utifrån beroendeuppdrag kommer ske successivt.
- Enheternas budget inom VO6 kommer justeras efter ansökningsperioden utifrån uppdrag.



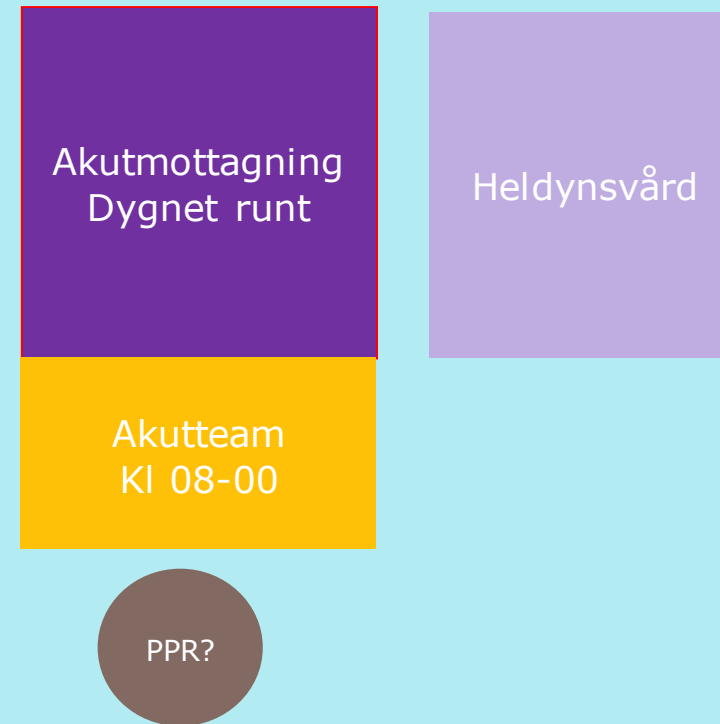
Sammanfattning

Psykiatrimottagning



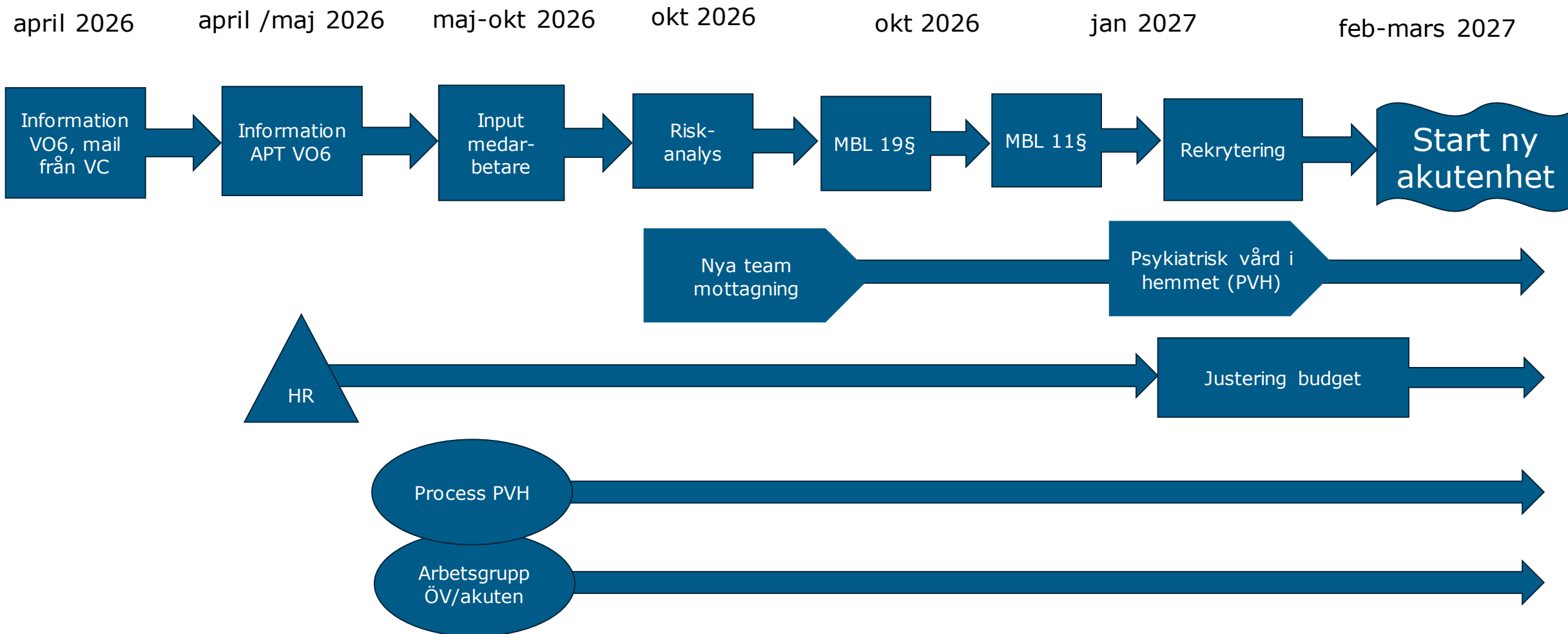
Psykiatrihuset, Skövde

AKUTENHET



HUR?

Beslutsgång och kommunikation



Mer information kommer...
-APT
-Mailutskick
-Informationsmöte maj/juni
-Intranätet V06

Frågor kan mailas till: skas.vup.fb@vgregion.se