

Beskrivning av en tänkt nationell högspecialiserad vårdenhet avsedd för personer med mycket allvarligt självskadebeteende

Rapportförfattare Arbetsgruppen för kravställning på högspecialiserad enhet:

Aase Eriksson (Vänersborg)
Anna-Karin Drewsen (Sundsvall)
Clara Hellner Gumpert (Stockholm)
Elin Valentin (Dalarna)
Göran Rydén (Stockholm)
Hannah Parnén (Shedo)
Ingrid Thernfrid (Lund)
Jerry Bergström (Gbg)
Jonas Bjärehed (Lund)
Karolina Palmberg (Frisk & Fri)
Lena Berglund Friberg (Landstinget Västernorrland)
Liselott Eliasson (Finjagården)
Rosmarie Cizinsky-Sjödahl (HSF, Sthlm)
Sophie Liljedahl (Finjagården/Region Skåne)
Susanne Ribbing (Koordinator)

Innehåll

Beskrivning av en tänkt nationell högspecialiserad vårdenhet avsedd för personer med mycket allvarligt självskadebeteende	1
Rapportförfattare Arbetsgruppen för kravställning på högspecialiserad enhet:	1
Innehåll	2
Bakgrund	3
Sammanfattning.....	4
Vårdtagaren, remisskrav samt samverkan med hemlän före remittering.	5
Vårdtagaren	5
Kriterier för kontakt med den högspecialiserade vården	5
Grundkrav för remiss.....	6
Vårdform	6
Remitteringsprocess.....	6
Konsultativa och utbildande uppgifter	7
Innehållet i vården vid de nya högspecialiserade enheterna	8
Arbetsmetodikerna.....	8
Personalens kompetens och omfattning	9
Kontinuiteten	9
Miljön	9
Samverkan med hemlänen	9
Ett strukturerat arbetsätt	9
Behandlingens innehåll under de olika faserna.....	10
Introduktionsfas	11
Behandlingsfas	12
Rehab-/habiliteringsfas	13
Utslussningsfas/Inslussningsfas i hemlandet.....	13
Eftervård.....	13
Personal och kompetens	13
Vårdens innehåll i punktform	15
Miljö och lokalisering	15
Risker och möjligheter.....	15
Hur blir miljön så lämplig som möjligt?	16
Vårdkedja	17
Forskning, utveckling och utbildning.....	18
Restlista.....	20

2014-10-17

Återinskrivning	20
Kostnader	20
Detaljer av konsultationsprocess.....	20
Nästa steg.....	20
Förankring	20
Kravspecifikation, beslutsunderlag.....	20
Bilagor	20

Bakgrund

Ett av Nationella självskadeprojektets uppdrag är att stödja huvudmännen i att utveckla bättre insatser och vårdformer för de med allvarliga självskadebeteenden och allra störst behov av heldygnsvård. Ledningarna för psykiatrin i Sverige behöver, efter inhämtande av kunskap från sakkunniga och forskning, ena kring vad som är god vård och hur sådan vård bör organiseras, bedrivs och finansieras. Nationella självskadeprojektet har i uppdrag att ta fram ett beslutsunderlag baserat på bästa tillgängliga kunskap. Detta inkluderar erfarenhet från befintliga vårdgivare till denna patientgrupp såväl som från brukarorganisationer. Den 7:e maj 2014 träffades ca 80 representanter för ledningsnivån inom psykiatrin i Sverige för att diskutera denna fråga. Vid mötet beslöts att utse en särskild arbetsgrupp med uppdrag att:

- Kartlägga hur stor gruppen är som behöver högspecialiserad vård
- Ge förslag på vårdens innehåll gällande behandlingsmetoder och arbetssätt samt vårdmiljö; dvs. vad karakteriserar bästa möjliga vård för denna patientgrupp. Vad kan vi göra som är bättre än det vi har gjort hittills?
- Ge förslag gällande vårdens organisering, i första hand avseende bemanning och kompetens hos medarbetarna
- Ge förslag strukturerad uppföljning under vårdtiden och de efterföljande 3 – 5 åren både vad gäller vårdtider, medicinska resultat, patienters och anhörigas upplevelse av vården och livskvalité.
- Ge förslag på hur enheten kan ingå i en vårdkedja, d.v.s. hur vård på olika nivåer i hemlandstinget ska kunna kopplas till högspecialiserad vård på annat håll
- Beskriva möjligheter och risker med heldygnsvård samt vård på annan ort än hemlandstinget och förslag på hur sådana bör utnyttjas respektive hanteras
- Ge förslag på hur FoUU kan kopplas till sådan högspecialiserad verksamhet

Sammanfattning

Vården har problem att på ett adekvat sätt möta de vårdbehov som återfinns hos personer med svårt och omfattande självskadebeteende. Ofta är den psykiatriska problembilden komplex. Då tillräckligt kvalificerad heldygnsvård inte kunnat erbjudas denna vårdtagargrupp har det lett till ett ökat lidande för vårdtagaren, ett onödigt bruk av tvångsvård och tvångsåtgärder, ett allt för kortsiktigt fokus i insatserna, samt en otillräcklig säkerhet för både vårdtagare och vårdpersonal. En vård med fokus på akuta, kortsiktiga insatser riskerar också att kräva stora vårdresurser och vara svåröversäglig, vilket blir mycket belastande för vårdorganisationen.

För andra grupper med särskilda behov har man inrättat vård- och behandlingsformer för dessa med stöd av LVM och LVU. Något sådant lagstöd finns inte med självklarhet för patienter med ovan nämnda problematik vilket ger upphov till särskilda svårigheter.

Gruppens storlek är svårt att ange exakt. Arbetsgruppens bedömning är att det rör sig om 50-70 individer i hela riket.

Arbetsgruppens förslag innebär att man skulle inrätta två högspecialiserade heldygnsvårdsenheter som ska kunna ta emot individer från hela landet samt även ha en utåtriktad verksamhet som omfattar konsultationer, handledning och fortbildning för hemlandstingen och kommunerna.

För att rätt vård ska ges på rätt vårdnivå omfattar remitteringsprocessen flera steg och ställer tydliga krav på remittenten i fråga om utredningar och erbjuden tidigare behandling. Vården som ska erbjudas på enheterna ska kännetecknas av en helhetssyn på vårdtagarens behov, vårdtagarens och närståendes delaktighet, tillräcklig vårdtid (månader) där ett långsiktigt perspektiv på rehabilitering och ökad funktionsnivå står i centrum samt en omfattande och intensiv samverkan med vårdgivare på hemorten (landsting och kommun).

Den sammantagna kunskapen och erfarenheten i arbetsgruppen är överens om att vårdinnehållet behöver individualiseras för varje enskilt fall. Behandling som erbjuds ska omfatta såväl psykologiskt arbete (individualterapi och/eller gruppterapi) som miljöterapeutiska interventioner som t ex beteendeaktivering, färdighetsträning, andra ändamålsenliga aktiviteter. Vid etablering av de högspecialiserade enheterna behöver stor vikt läggas på rekrytering av lämpliga personer för just den här vården.

Vårdmiljön ska erbjuda småskaliga avdelningar med några få vårdplatser på varje. Den ska vara trivsamt och ge trygghet för alla som vistas där. Arbetsgruppen föreslår att den ligger i anslutning till annan psykiatrisk verksamhet i någon medelstor stad.

Erfarenheten visar att hur framgångsrik en behandling är på sikt blir mycket beroende på hur vårdkedjan fungerar. Det är av yttersta vikt att skapa strukturer för att det ska fungera hela vägen.

För att resultaten av behandlingen löpande ska förbättras och goda erfarenheter ska spridas över landet så behöver enheterna kopplas till forskningen. Arbetsgruppen föreslår också löpande revisioner och hög grad av transparens.

Vårdtagaren, remisskrav samt samverkan med hemlän före remittering.

Antalet personer som har behov av högspecialiserad psykiatrisk vård för sitt självskadebeteende är svårt att uppskatta. Det nationella vårdbehovet påverkas av vilken vård som erbjuds i hemlandstinget och vilka övriga resurser som finns att tillgå¹. Ett antagande är att det rör sig om 50-70 personer/år i landet som kan behöva annan vård än hemlandstinget kan erbjuda, men siffran är osäker.

Självskadebeteende är ett - av flera möjliga - symptom som uttrycker för underliggande psykisk störning. Individer som uppvisar sådant beteende är ingen homogen grupp. Det kan röra sig om individer med bland annat personlighetsstörning t ex emotionellt instabil personlighetsstörning (EIP), autismspektrumtillstånd, och/eller nedsatt begåvningsmässig funktionsnivå. Ibland finns andra samtidiga tillstånd som ätstörningar och beroendeproblematik.

Det är därför av högsta vikt att vården individualiseras och den föreslagna verksamheten subspecialiserar sig.

Baserat på ovan nämnda uppskattning bedöms att det behövs två enheter med ett par mindre avdelningar per vårdenhet. Några avdelningar behöver ha specialistinriktning att ta emot män, vårdtagare med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och/eller kognitiv nedsättning, och dem som är under 18 år².

Ett av enhetens uppdrag ska vara att bistå hemlandstinget med konsultation före eller som alternativ till inskrivning. Den högspecialiserade vården av personer med komplext självskadebeteende ska fungera som ett kompetenscenter som bistår övriga landsting i enskilda ärenden. Det innebär att det behöver finnas kapacitet att resa till andra landsting och medverka i vårdtagarkonferenser, att kunna ge handledning och stöd till andra vårdgivare och att kunna hålla kontakt med hemlandsting och kommun före, under och efter inskrivning vid enheten (se vidare under remitteringsprocess).

Den högspecialiserade vården ska inte vara en akut lösning utan vården ska planeras och förberedas i god tid (därför följer att konsultationsmöjligheten är central). Vårdtagaren ska utredas noga innan kontakt med högspecialiserad enhet blir aktuell. Nedan finns beskrivet vad utredningen bör omfatta, samt vilka kriterier i övrigt som ska uppfyllas.

Vårdtagaren

Personer som kan vara aktuella för remittering till enheten har mycket komplexa behov och allvarligt upprepat självskadebeteende. Med komplexa behov avses här multipel problembild som kan inkludera t ex begåvningsmässig funktionsnedsättning, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, missbruk, och/eller utåtagerande våldsamhet.

Kriterier för kontakt med den högspecialiserade vården

- Allvarligt (livshotande) upprepat självskadebeteende
- Upprepade behandlingsförsök har misslyckats
- Vårdtagaren har erhållit vård med evidensbaserade metoder tidigare

¹ Nationella självskadeprojektet har i augusti 2014 sänt ut enkät med syfte att kartlägga gruppens storlek.

² Barn ska inte vårdas tillsammans med vuxna.

- Vårdtagaren har erhållit individanpassat stöd på adekvat omvårdnadsnivå
- Vårdtagaren har utretts enligt nedan
- Kommunen är involverad
 - Social kartläggning har gjorts
 - Samordnad individuell plan (SIP) finns
- Hemlandstinget ska ha prövat vård på flera enheter (även heldygnsvård) inom den egna sjukvårds-regionen/landstinget om så är möjligt
- Vårdtagarens och anhörigas egna erfarenheter och synpunkter ska finnas redovisade (även synpunkter på och utfall av tidigare insatser samt önskemål inför fortsatt vårdplanering)

Grundkrav för remiss

Vårdtagaren ska ha utretts beträffande:

- Det självskadande beteendet (beskriva helheten runt personen, debut, omfattning, utlösande situationer, förlopp inklusive skyddande faktorer, och progress)
- Begåvningsmässig funktionsnivå
- Funktionsförmåga i övrigt
- Psykiatrisk diagnostik
- Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- Missbruk
- Utåtagerande våldsamhet/antisocialt beteende
- Somatisk problematik

Tidigare behandling och andra insatser samt utfallet av dessa ska vara dokumenterade.

Det vilar på den högspecialiserade verksamheten att definiera, tydliggöra och hålla kriterierna (som ska vara avstämda mellan de båda enheterna) för denna utvidgade utredning aktuell och tillgänglig för remittenterna.

Den högspecialiserade enheten bör inte ha några exklusionskriterier utan göra sin bedömning utifrån varje enskild remiss. I förekommande fall kan vårdtagaren till exempel behöva avgiftas eller höja sitt BMI för att behandling ska vara meningsfull.

Det är endast en psykiatrisk klinik med verksamhetschefens underskrift som får remittera till den högspecialiserade enheten³.

Vårdform

Vården bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Möjlighet till vård enligt LPT måste finnas men ska inte vara ett krav för inskrivning. Verksamheten ska sträva efter att inte använda tvångsåtgärder och man ska tillämpa utprovade arbetsmetoder för att nå detta mål.⁴

Remitteringsprocess

Enheten kan konsulteras i lägen när vården på hemmaplan inte fungerar och nuvarande och/eller tidigare behandlingsinsatser inte påverkar vårdtagarens tillstånd i önskad riktning. Innan remiss är aktuell ska hemlandstinget säkerställa att ovan beskrivna utredning och dokumentation är

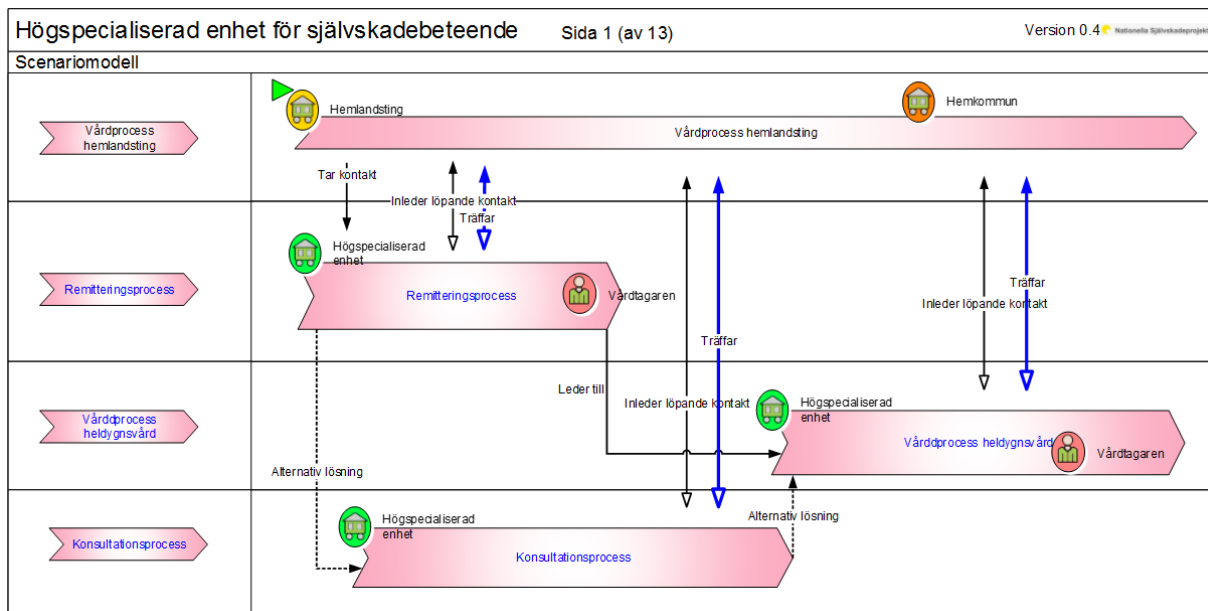
³ Från 2015 gäller en ny patient lag och landstingen kan komma att justera sina remitteringsregler efter den.

⁴ Ex: SKLs genombrottsprogram "Bättre vård Mindre tvång"

genomförd. Lämpligen kan ett sammanställt material, i bifogade processmodeller kallat ”startpaket” om verksamheten vid den högspecialiserade enheten och remissförutsättningar finnas tillgänglig för nedladdning från hemsida. En första konsultation innebär att teamet från den högspecialiserade vården reser till hemlandstinget alternativt deltar via länk och tillsammans med lokala vårdansvariga gör en gemensam genomgång och bedömning av den tidigare och aktuella situationen. Från hemlandstinget ska både landsting och kommun vara representerade. Vårdtagare och närstående ska ges tillfälle att medverka, och brukarrepresentant kan bjudas in om så önskas. Hemlandstinget föreslås vara ersättningsansvarigt för konsultation med det högspecialiserade teamet⁵.

Alla delprocesser inom den högspecialiserade enheten håller kontakt med hemlandstinget över tid vilket åskådliggörs på bild 1⁶. Vid någon tidpunkt väljer hemlandstinget att remittera till den högspecialiserade enheten. Här startar då en remitteringsprocess. Resultatet härifrån innebär till antingen överlämning till konsultationsprocess, där den högspecialiserade enheten ger olika typer av konsultativt stöd till hemlandstinget och/eller kommunen, eller så leder remitteringen till inskrivning av vårdtagaren vid enheten. Som framgår av modellen håller även den högspecialiserade enheten löpande kontakten med hemlandstinget och kommunen för att förbereda och genomföra en bra återföring till hemlandstinget i sinom tid.

Bild 1:



Konsultativa och utbildande uppgifter

De högspecialiserade vårdenheterna ska fungera som ett nationellt kompetenscenter som kan bistå övriga landsting i enskilda ärenden (även om vårdtagaren i det enskilda fallet inte är aktuell för inskrivning med slutenvård vid enheten).

⁵ Frågan om finansiering behandlas av arbetsgruppen för organisation och finansiering.

⁶ Detaljering av respektive process finns i dokumentet: vårdprocess.pdf.

Det innebär att enheterna har kapacitet att kunna resa till andra landsting eller medverka via länk i ärendekonferenser, ge handledning och stöd till vård och omsorg i hemlänet före, under och efter eller istället för eventuell inskrivning på avdelningen.

Målet med konsultationen och utbildningen är att i samråd med alla berörda parter revidera och uppdatera befintlig SIP genom att hitta nya strategier för vägen framåt. I första hand ska vården även fortsättningsvis ges på hemmaplan, vid behov med stöd och handledning av konsultationsteamet. Det är således inte givet att varje konsultation leder till inskrivning på högspecialiserad enhet, men möjligheten ska finnas om behov kvarstår.

Innehållet i vården vid de nya högspecialiserade enheterna

Hörnstenar i denna nya högspecialiserade vård är

1. en helhetssyn på vårdtagarens behov med möjlighet till mer omfattande och flexibla behandlingsinsatser;
2. vårdtagarens och närståendes möjlighet till inflytande och delaktighet,
3. tillräcklig lång vårdtid där ett långsiktigt perspektiv på rehabilitering och ökad funktionsnivå står i centrum, samt
4. en omfattande och intensiv samverkan med vårdgivare på hemorten (landsting och kommun).

Verksamheten skiljer sig från sedvanlig allmänpsykiatrisk vård framför allt genom kombinationen av arbetsmetodik, personalens kompetens, högre personaltäthet och den fysiska miljön.

Arbetsmetodiken

Verksamheten ska vara nytänkande och vården ska ligga i framkant. Man ska ha kompetens och kapacitet att pröva och utvärdera nya arbetsmodeller. Innehållet i verksamheten ska vara strukturerat och innehållsmässigt förankrat i vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetsmetodiken ska erbjuda en tydlig struktur inom vilken man gör flexibla och individuella anpassningar för varje enskild vårdtagare. Verksamheten ska genomsyras av ett helhetstänkande kring vård och behandling, där vårdtagaren erbjuds möjlighet att vara delaktig i samtliga steg (genom delat beslutsfattande /shared decision making) och har beretts möjlighet att själv påverka vårdens utformning. I helhetsperspektivet ingår ett tydligt anhörigperspektiv, som omfattar både stöd till anhöriga samt ambitionen att involvera de anhöriga i vården.

Teamarbetet står i centrum. Verksamheten arbetar i vårdteam med tydliga roller och ansvarsområden. Arbetet inkluderar att ständigt utveckla teamens arbetsmetodik vilket gör att man får stabilitet och kompetens för den behandling som utförs. Teamet är robust och kommer att kunna hantera de påfrestningar som uppstår från tid till annan.

Genom en tydlig koppling till forskning, undervisning och utveckling ska man hålla sig uppdaterad om och bidra till kunskapsutvecklingen på området. Personalen ska ges förutsättningar att noggrant dokumentera arbetet, vilket är en förutsättning för det transparenta arbetssätt som krävs i denna typ av verksamhet där kunskapsutveckling och drift måste ske parallellt.

Personalens kompetens och omfattning

Här finns en betydligt större bredd av kompetenser än vad som finns inom allmänpsykiatrisk specialistvård. Vid rekrytering ställs stora krav på personlig mognad, förmåga och lämplighet.

Enheten har också väsentligt högre personaltäthet än i annan verksamhet. Det behövs såväl för säkerheten, kvaliteten som för arbetsmetodiken.

Kontinuiteten

Vid den högspecialiserade enheten har man ett längre vårdperspektiv som ger vårdtagaren möjlighet att hinna återhämta sig och samtidigt utveckla användbara strategier för att hantera livet utanför enheten på optimalt sätt. Enheten ska erbjuda uthållighet och tålamod med läkningsprocessen.

Miljön

Enheten har små avdelningar. Det är en hemlik miljö som erbjuder goda möjligheter att värna autonomi och integritet.

Samverkan med hemlänen

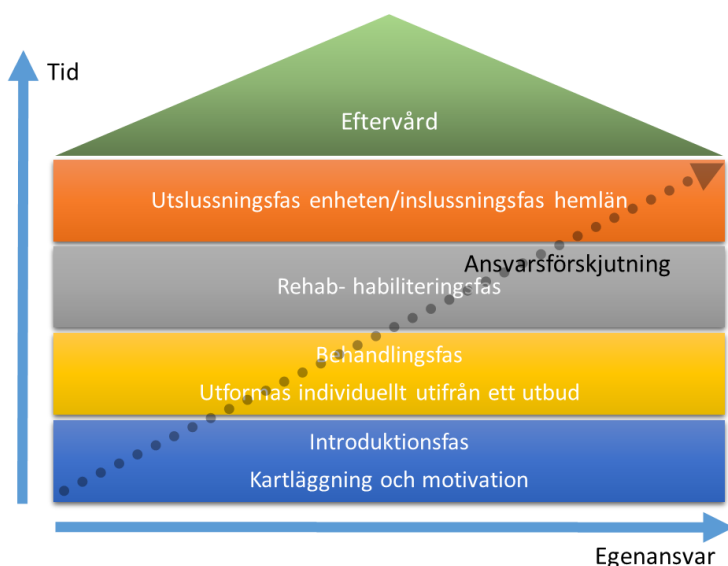
Inskrivning vid enheten förutsätter ett nära samarbete med vårdgivare på hemorten. Utvärdering och avstämning ska ske kontinuerligt i samverkan med remittent.

Allt det här sammantaget gör det möjligt att erbjuda såväl miljöterapeutiska som psykologiska, pedagogiska, farmakologiska insatser, samtidigt som skydd av vårdtagarens liv och hälsa kan tillgodoses.

Ett strukturerat arbetssätt

Målet för behandlingsarbetet vid enheten är att öka den enskilde vårdtagarens funktionsförmåga och autonomi. Vården behöver bedrivas utifrån en tydlig struktur, med olika behandlingsfaser där vården kontinuerligt anpassas för att möta vårdtagarens aktuella behov med målet att den enskilde vårdtagaren, utifrån sin potential, återfår full funktionsförmåga efter sina resurser. En sådan struktur inleds med en introduktionsfas där vårdtagaren får möjlighet att lära känna verksamheten och vårdmiljön. Under denna fas är metoder för att etablera en konstruktiv behandlingsallians och motivationsarbete centrala. Parallellt görs vid behov en kompletterande kartläggning av vårdtagarens situation (med stöd av underlag från remitteringsprocessen). Därefter följer en behandlingsfas med fokus på att avhjälpa eller minska vårdtagarens självskadebeteende (genom psykologisk, farmakologisk behandling samt andra interventioner; se beskrivning under rubriken Behandlingens innehåll) och att höja vårdtagarens funktionsnivå. Efter detta övergår vården till en mer rehabiliterande/habiliterande fas där fokus ligger på att vidmakthålla positiv utveckling.

Bild 2:



Slutligen följer en utslussningsfas. För denna del i behandlingen är det önskvärt med tillgång till övnings/utslussningslokaler knutna till enheten⁷.

Under eftervårdsarbetet är fokus att stödja hemlandsting och kommun. Arbetet ska under samtliga faser vara inriktat på att i alla avseenden göra vårdtagaren delaktig och öka dennes autonomi. Även om arbetet ska präglas av ett strukturerat arbetssätt ska vården planeras utifrån den enskildes behov och förutsättningar och vara föremål för kontinuerlig utvärdering i relation till de mål som formulerats.

Behandlingens innehåll under de olika faserna.

Vårdinnehållet behöver innefatta psykologiskt arbete (individualterapi och/eller gruppterapi), miljöterapeutiska interventioner som t ex beteendeaktivering, färdighetsträning, andra ändamålsenliga aktiviteter (fysisk aktivitet, studier, arbetsterapi, social samvaro osv) samt vid behov farmakologisk behandling. Målet är att tillsammans med vårdtagaren hitta de aktiviteter som känns meningsfulla, lockande och nyttiga så att de väcker vårdtagarens intresse för livet.

Ett antagande är att de flesta patienter har prövat en rad olika specifika behandlingsformer och psykologiska program vilket gör att beredskapen för att använda olika psykologiska verktyg måste vara stor och anpassas till personliga behov och förutsättningar. Det är angeläget att i möjligaste mån erbjuda möjlighet till valfrihet och inflytande från vårdtagarens sida. Verksamheten bör vidare erbjuda en meningsfull och varierad daglig verksamhet och lämplig sysselsättning för vårdtagaren under vårdtiden (om möjligt i samverkan med lokala aktörer i det omgivande samhället). Verksamheten behöver regelbundet utvärdera och modifiera vårdtagarnas farmakologiska

⁷ Det kan också ske i samverkan med hemorten (individuellt beroende på geografiskt avstånd mm)

behandling. Vården ska kunna ges med stöd av LPT med målet att detta ska ske utan ytterligare tvångsåtgärder och under så kort tid som möjligt.

Under hela vårdtiden på enheten håller man kontakt med såväl hemlandsting (remittenten och kontaktpersonen) som hemkommun vilka båda involveras i planeringen som på ett tidigt skede inkluderar utskrivningsprocessen.

Introduktionsfas

Vad sker här?

Introduktionen anpassas till vårdtagarens aktuella status. I första hand måste säkerhet för liv och hälsa säkerställas. Om vårdtagarens tillstånd medger detta har denne varit på studiebesök och visats runt. Under introduktionsfasen introduceras vårdtagaren till sitt behandlingsteam, sin läkare och andra specialister på enheten. Allianser med teamet börjar byggas. Vårdtagare och behandlingsteam utformar tillsammans vårdplanen (eventuellt SIPen), med tydliga mål och aktiviteter. Vårdplanen behöver vara helt individualiserad beroende på just den här vårdtagarens behov och förmågor.

Det är viktigt att under varje fas arbeta med motivationsarbete för att vårdtagaren ska knyta och upprätthålla kontakt med anhöriga, som i möjligaste mån ska vara delaktiga i processen.

En viktig aspekt under den första fasen av behandlingen är att tillsammans med vårdtagaren inventera hur tillståndet är jämfört med de uppgifter, utredningar och andra utlåtanden som följt med remissen. Här kan man behöva genomföra ytterligare/kompletterande utredningar, t ex om det visar sig att det finns ett pågående missbruk. Vårdtagarens synpunkter på tidigare vårdförlopp, vad som fungerat eller inte fungerat, och om han/hon uppfattar att någon viktig del av utredning och/eller behandling förbisetts, måste fångas upp. Såväl positiva som negativa erfarenheter av tidigare vård, eller besvikelse på det som erbjudits (eller inte erbjudits) har betydelse för det fortsatta vårdförloppet och måste beaktas i vårdplaneringen.

Utifrån sin egen förmåga deltar vårdtagaren i det dagliga livet på enheten som kan innehålla:

- Frukost, som hålls som en pedagogisk måltid
- Gemensamt morgonmöte där man går igenom både det gemensamma dagsschemat och vårdtagarens eget schema. Här handlar det om aktiviteter som skola, grupp- eller individualterapi, gruppaktiviteter med olika teman som läkemedelspåverkan, sluta röka eller dylikt.

Det kan vara skapande aktiviteter för distraktion och/eller träning i tekniker som minskar stress (t ex mindfulness/yoga/meditation eller motion). Redan under denna fas gör man tränande utflykter i samhället för att förbereda sig för ett vanligt liv och träna de strategier man behöver kunna ta till när stressande situationer uppstår.

- Lunch, även här som en pedagogisk måltid
- Efter lunch fortsätter aktiviteter enligt dagsschemat.
- Efter kvällsmaten övergår aktiviteterna till att vara mer fritidsbetonade som spel, film, baka, läsa, sjunga och spela mm.

Vilka personalkategorier är inkopplade under den här fasen?

I den här rapporten beskrivs en tänkt verksamhet som präglas av nytänkande och framkant. Det som kan överblickas när det gäller kompetenser vid ett nuläge under 2014 kommer att behöva revideras över tid. Givet detta bör följande kompetenser inom nedan områden finnas på enheten:

- Behandlingsteamet
- Psykolog/psykoterapeut
- Specialistläkare
- För aktiviteter och träning behövs: Arbetsterapeut, fritidspedagog, sjukgymnast eller personlig tränare med kompetens i stressreduktion (yoga/mindfulness/fysisk träning), specialpedagoger (skola/utbildning), och brukarrepresentanter.

Hur sker samverkan med hemlandsting och kommun?

Redan innan vårdtagaren har kommit till enheten har ett konsultteam stöttat lokal remittent och representant från hemkommun med strategier för vård av den aktuella vårdtagaren (se Remitteringsprocess). Man har haft fysiska eller länkade möten och även haft besök av ett team från den högspecialiserade enheten innan beslut om inskrivning fattats.

Även under den första tiden på avdelningen (när vårdplanen utformas/revideras) ska även remittent (alternativt den till vilken uppföljning/utskrivning ska ske), närstående och kommunen medverka, via besök eller länk i behandlingskonferenser. Syftet är att vårdplanen ska vara samordnad med vårdgivare (landsting och kommun) på hemorten (eller mottagande ort). Uppföljningsrapporter och information ska löpande delas med dessa intressenter.

Behandlingsfas

Vad sker här?

Under behandlingsfasen arbetar man aktivt med utveckling och träning enligt vårdtagarens vårdplan. Målet är att vårdtagaren ska hitta livslust och bli nyfiken på livet igen, hitta drivkraft att våga prova nya saker. Utvärdering och revidering av vårdplanen ska ske kontinuerligt och alla insatser ska ytterst syfta till att öka vårdtagarens autonomi, minska behovet av tvångsåtgärder och förbereda för utskrivning.

Dagen inleds med frukost och morgonsamling där såväl enhetens som vårdtagarens aktiviteter som t ex träning eller skola presenteras. Under förmiddagen följer vårdtagaren sitt schema med aktiviteter och behandlingar. Lunchen kan intas gemensamt eller lagas av vårdtagaren själv i ett träningskök. Eftermiddagsprogrammet innehåller även det aktiviteter. Efter middagen är aktiviteterna mer av fritidskaraktär (till exempel spela spel, handarbete, läsa, se på film, träna eller ägna sig åt någon kulturell aktivitet). Vi vet att ångestnivån ofta stiger mot kvällen och därför är stimulans och aktiviteter extra viktiga den här tiden på dygnet.

Hur sker samverkan med hemlandsting och kommun?

Under behandlingsfasen kommer remittent tillsammans med hemkommun på besök och allteftersom vårdtagaren återfår/uppnår nya förmågor så görs också resor till hemorten tillsammans med personal från enheten.

Uppföljningsrapporter och annan adekvat information delas med hemlandstinget och kommunen. Planering för utskrivning börjar redan ske under den här fasen eftersom det kan ta tid att få alla bitar för en bra utskrivning på plats.

Vilka personalkategorier är inkopplade under den här fasen?

Utöver det initiala behandlingsteamet (som följer vårdtagaren under hela vårdperioden) finns specialpedagog för fortsatt utbildning/skolgång, en person med brukarerfarenhet, arbetsterapeut, fritidsledare, ledare för yoga/mindfulness, sjukgymnast på enheten.

Rehab-/habiliteringsfas

Vad sker här?

Under rehabiliteringsfasen är målet att vidmakthålla de funktioner man har erövrat/återerövrat. Nu introduceras normalt inte några nya strategier. Det är fortfarande samma behandlingsteam som är aktivt. Under den här fasen görs allt fler och längre besök på hemorten, med och utan medföljande personal. Man provar också att utmana de situationer i vardagen som tidigare utlöst självskadebeteendet, allt i syfte att stärka autonomin.

Den stabila grunden är fortfarande behandlingsteamet men man söker efter hand att etablera nya kontakter med föreningar, boendestödjare och möjliga aktiviteter i hemkommunen. En lots med brukarerfarenhet kan vara till hjälp här.

Hur sker samverkan med hemlandsting och kommun?

Vårdtagaren stämmer tillsammans med vårdgivare, remittenten och kommunen hela tiden av att de aktiviteter som sker innan utskrivning verkligen följer planen. Även under denna fas kan vårdplanen behöva revideras och utvärderas i relation till de uppställda målen i planen; framsteg eller oförutsedda svårigheter kan leda till att utslussningstakten behöver anpassas. Behandlaren fortsätter att kontinuerligt dela uppföljningsrapporter med berörda parter i överenskomna intervall.

Utslussningsfas/Inslussningsfas i hemlänet

Kontakten med hemorten och förberedelser för hemkomst görs. Kontakt etableras senast nu på personnivå med såväl landsting (t ex öppenvårdspsykiatri) som kommun (boendestödjare, socialsekreterare). Värdefullt är även kontakt med representant för lokal brukarorganisation. De närstående bör vara delaktiga och förberedda inför utskrivning. Nu tränar man att använda sina färdigheter under permissioner på hemorten.

En erfarenhet som har lyfts fram i arbetet med detta förslag är att om man hoppar över det här stadiet kan det leda till onödiga bakslag när man ska etablera sig på hemorten. Exempelvis kan enheten behöva tillgång till träningslägenhet(er) i närområdet (vanligt bostadsområde), om inte motsvarande kan ordnas i hemorten, där vårdtagarna kan bo under den här perioden för att träna färdigheten att faktiskt klara sig själv, förutsatt att man uppnått en sådan funktionsnivå. Det är viktigt att de svårigheter som kan uppstå i kontakten med andra hyresgäster och samhällslivet i allmänhet kan bemästras i den trygga miljön där behandlingsteamet finns som stöd.

Eftervård

Målet är att kontakter och allianser med personer i hemkommunen ska ha etablerats under rehabiliteringsfasen och utslussningsfasen. Enheten kan vid förfrågan fortsätta sitt konsultativa arbete till hemlänet, t ex via handledning, ny konsultation vid kriser eller liknande.

Personal och kompetens

Kompetensmässigt är det viktigt att det finns stor bredd i personalens expertis, samtidigt som en hög generell kompetens kring vårdtagargruppens behov och verksamhetens arbetsätt ska finnas hos samtliga medarbetare. Modellmässigt kan man tänka i roller där flera personer kan ha en roll och där

en person kan ha flera roller. Exempel på roller är planera, leda och följa upp behandling av olika slag, utföra behandling, skapa trygghet på avdelningen, delta i konsultationsuppdrag samt jourfunktionsroll.

Verksamhetens personal ska rekryteras både med avseende på personlig lämplighet och adekvata färdigheter och kunskaper för det specifika arbetet. Personlig lämplighet innefattar att personen ställer sig bakom verksamhetens val av metoder samt att synen på den egna rollen och på vårdtagaren är kongruent med verksamhetens värdegrund. För att främja och vidmakthålla denna lämplighet är det nödvändigt att verksamheten fokuserar särskilt på kontinuerlig vidareutbildning av personalen. Denna bör innefatta både praktisk övning (ex färdighetsträning), eget kvalitetsutvecklingsarbete inom personalgruppen och handledning. Den personliga lämpligheten bör väga tungt i alla frågor som rör bemanning då mindre väl lämpad personal inte bara kan förväntas göra ett mindre bra arbete, utan även riskerar att leda till extra påfrestningar för övrig personal och att förvärra tillståndet hos vårdtagarna.

En del av de arbetsuppgifter som personal på en högspecialiserad enhet ska kunna bistå med kan ytligt uppfattas som att de inte kräver samma kompetens som andra (som till exempel att stötta en vårdtagare på vägen till olika aktiviteter jämfört med att erbjuda kvalificerad psykologisk behandling). Det är viktigt att påpeka att själva arbetsmetodikerna i sig är krävande och förutsätter såväl kompetens som personlig mognad och integritet. Den enskilde arbetstagaren måste kunna delta i och bidra till att upprätthålla ett strukturerat teamarbete, kunna veta var gränserna för ens egen roll och kompetens går, och i ett givet ögonblick kunna improvisera utan att samtidigt frångå intentionerna i en vårdplan. Vårdteamets förmåga att samarbeta och utvecklas tillsammans blir därmed avgörande för vårdens kvalitet och utfallet av behandlingen.

Kompetens behöver bland annat finnas för medicinsk behandling och utredning, läkemedelsdelning, fysisk och mental träning och avslappning, funktionsträning, kognitiv bedömning och träning, intressanta och stimulerande aktiviteter och sysselsättning, kostrådgivning, talträning samt stöd i kontakt med myndigheter och organisationer

Viss kompetens kan med fördel knytas till verksamheten i form av externa konsulter och lokala aktörer på orten. Slutligen kan personer med egen erfarenhet utgöra en viktig resurs för verksamheten och fungera som stöd i verksamheten. Eftersom enhetens verksamhet är ett forskningsområde i framkant behövs öppenhet för att komplettera med ytterligare kompetens.

Heldygnsvård på enheten kommer att kräva hög kompetens hela dygnet och alla dagar i veckan. Erfarenhet säger att det är på kvällen som det kan blir mer oroligt varför kvällsbemanning behöver vara på samma nivå som på förmiddagen, och nattbemanning inte får vara färre än två per avdelning. Det kan vara en fördel att det är samma personal som roterar och arbetar både natt- och dagpass. Under den vakna delen av dygnet (7-23) är personaltätheten 1/1. En enhet med 2x8 vårdplatser i heldygnsvård och kapacitet att stötta lika många konsultativa ärenden i hemlandstingen uppskattas behöva 74 heltidstjänster inklusive alla olika specialister.

Den höga bemanningen motiveras av (1) vårdinnehållet (att kunna vistas utanför enheten tillsammans med vårdtagaren, följa med till aktiviteter, hålla olika utbildnings- och

behandlingsgrupper m.m.), (2) kravet på att kunna medverka i konsultativ verksamhet på andra orter, (3) kravet på mer omfattande dokumentation, samt slutligen (4) kravet på FoUU-aktivitet.

Vårdens innehåll i punktform

- Arbete med delaktighet -> vårdtagare, och anhörig (insatser till åtgärder)
- Strukturerat behandlingsarbete
- Olika faser – strävan mot autonomi med successiv överföring av ökat ansvar till vårdtagaren. Introduktions/kartläggningsfas – behandlingsfas – rehabfas (habiliterings-/färdighetspraktisering) – utslussning – eftervård
- Behandlingsalliansupprättande åtgärder, motivationsarbete
- Färdighetsträning för personal och konsultationsteam – extern handledning
- Delat beslutsfattande (SDM)
- Terapeutiskt innehåll med stöd i forskning– ex DBT, MBT (i möjligaste mån ska vårdtagarens önskemål beaktas)
- ”Meningsfulla, för vårdtagaren intressanta aktiviteter
- Vistelse i träningslägenhet/utslussning
- Hög kompetens, kontinuitet och personlig lämplighet hos personalen
- Nyttänkande, kvalitetsarbete med ständiga förbättringar och kontinuerlig utvärdering

Miljö och lokalisering

Enheten (na) bör placeras där det finns annan psykiatrisk vård. Inom rimligt avstånd till somatisk vård.

Vidare bör enheterna lokaliseras i miljöer som möjliggör rekrytering av personal med adekvat kompetens. Eftersom enheterna i alla avseenden ska arbeta för att öka vårdtagarnas funktionsförmåga och stärka autonomi, behöver möjlighet till samverkan med lokalsamhället finnas (t ex arbetsplatser som kan ta emot praktikanter i rehabiliteringssyfte, motionslokaler mm). Slutligen behöver kommunikationer beaktas, eftersom enheterna ska ta emot vårdtagare från andra delar av landet samtidigt som nära samverkan med hemorten är en del av uppdraget.

Arbetsgruppen rekommenderar därför att lämplig lokalisering är en mellanstor svensk stad med placering i södra och norra Sverige.

Risker och möjligheter

Vård på institution långt från hemorten innebär också risk för skador uppkomna i vården till exempel hospitalisering eller traumatisering av tvångsåtgärder. Det gäller såväl dagliga rutiner, utformning av vården innehåll som rekrytering och metodval. Verksamheten bör återkommande vara föremål för kvalitetsrevision. Det är önskvärt att verksamheten vid enheten upprättar en kvalitetsmedveten kultur där både framgång och brister synliggörs och utgör grund för lärande i verksamheten. En sådan kultur präglas av prestigelöshet och öppenhet, och det finns en gemensam strävan mot ständig förbättring. Även FoUU-perspektivet förutsätter att vården dokumenteras på ett sådant sätt att uppföljning möjliggörs.

Sammanfattningsvis behöver vården belysas ur nedan fyra perspektiv:

1. Delaktighet
Utgångspunkten är att vårdtagaren ska ha möjlighet att påverka sin vård i så stor

utsträckning som möjligt. Beprövade modeller för delaktighet ska användas (t ex patientforum, brukarrevision eller annat).

2. Säkerhet och kvalitet

På avdelningen ska finnas hög personaltäthet. Personal ska ha utbildning i livräddande insatser. I den mån tvångsåtgärder behöver användas ska de förberedas och utvärdera efteråt. Beakta risken för informellt tvång.

3. Närståendemedverkan

Närstående ska göras delaktiga. Relationer till närstående kan behöva återupprättas. Ska vara en del av behandlingen. Någon ska ha särskilt ansvar för detta.

4. Etiska risker

Institutionalisering, passivisering, Smittsamhet/spridning av destruktiva beteenden, kränkningar av integriteten, maktmissbruk/övergrepp.

Exempelvis genom: Destruktiva relationer, användning av tvång, överanvändning av läkemedel, kollektiv bestraffning, användning av vårdmetoder som saknar evidens.

Hur blir miljön så lämplig som möjligt?

Den fysiska miljön har betydelse dels för boendekvaliteten för vårdtagarna (som kan komma att vistas under flera månader på enheten) och dels för arbetsmiljön. Utformningen av den fysiska miljön bör stödja verksamhetens målsättning och värdegrund och även här är autonomiaspekterna centrala. Miljön behöver utformas så att de som vistas där kan upprätta/behålla sin autonomi utan att utsätts för risk för liv och hälsa. Exempelvis kan det finnas behov av att hitta möjligheter att vårdtagare och personal själva får laga den mat som serveras eller ta hand som sin tvätt; allt för att stärka autonomi.

Vid beslut om inredning och utformning bör erfarenheter från andra miljöer vägas in⁸. Det innebär att sådant som färgval, ljuskällor, textilier och möbler bör väljas utifrån kunskap och inte baseras på personalens tycke och smak. Korridorer och gemensamma utrymmen behöver ha tillräcklig yta så att ingen känner sig trängd, och bör erbjuda både möjlighet till samvaro och avskildhet. Möbblers placering ska bidra till att skapa lugn och förutsägbarhet (t ex ska möbler inte placeras i motljus så att den som kommer in inte ser vem som befinner sig i rummet). Så kallad formstädning bör tillämpas, där möbler som hör ihop placeras ihop, trasiga möbler lagas och ersätts omgående, sådant som inte används plockas undan på kända platser osv.

Den fysiska miljön behöver vara säker för vårdtagare och personal och ändå erbjuda en god miljö. Balansen mellan vårdtagarens rätt till personlig integritet och säkerhetsperspektivet behöver kontinuerligt diskuteras och utformas på plats. Även här bör vårdens mål vara att sträva mot att stärka vårdtagarens autonomi och varje åtgärd behöver utvärderas såväl kort- som långsiktigt i relation till detta.

Vid revision - vilket bör genomföras regelbundet - bör även den fysiska miljön och dess förutsättningar att bidra till vårdens mål utvärderas.

Följande funktioner föreslås:

- Låsbara enkelrum för vårdtagare

⁸ Se till exempel rapporten "God vårdmiljö i den psykiatriska vården" som tagits fram av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting (om hur man kan utforma miljön så att den blir stöd för läkning)

- Dagrum med olika möjligheter till närhet (vårdtagaren ska kunna vara för sig själv men ändå känna sig delaktig i gemenskapen)
- Expedition (liten) som inte uppmuntrar personal att isolera sig med varandra
- Lokaler för fysisk och mental aktivitet (skola, skapande verksamhet, motionslokaler, lokaler för avslappning)
- Träningskök/integrerat kök
- Samtalsrum och mötesrum
- Tvättstuga
- Provtagningsstolett och eventuellt andra lokaler som behövs för att uppfylla säkerhetskrav
- IT-utrustning för träning och för samverkan med hemorten (möjlighet till videokonferenser)
- Övernattningsmöjligheter för anhöriga och personal från hemorten
- Eftersom LPT-vård ska kunna erbjudas kan rum för avskiljning också behövas

Vårdkedja

Begreppet vårdkedja används här från ett helhetsperspektiv och omfattar all vård vid självskadebeteende som kommun och landsting erbjuder före, under och efter konsultation med och/eller inskrivning i högspecialiserad vård. Det innebär att den högspecialiserade vården inte kan diskuteras separat utan måste ses i sitt sammanhang. Såväl sjukdomsförlopp som vårdprocess påverkas av i vilken utsträckning det finns en fungerande vårdkedja, och vilken behandling som kan erbjudas under olika faser.

För den vårdtagare som behöver långvarig kontakt med psykiatri och socialtjänst, och för dennes anhöriga, är också kontinuitetsaspekten mycket viktig. Vistelse på en högspecialiserad enhet får därför inte innebära avbrott i kontakten med viktiga personer⁹.

Redan idag ska SIP utformas när vårdtagaren har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. SIP innebär att vårdtagaren, närstående, kommun och vård samlas för att gemensamt göra en planering. SIP ska vara gjord senast i samband med att konsultation hos den högspecialiserade enheten blir aktuell. Där ska utses en namngiven person från hemlandstingen (kontaktperson) och en handläggare från kommunen (sannolikt biståndshandläggare) som ska vara kontaktpersoner mot högspecialiserade enheten.

Kontaktpersonsupdraget är individuellt för en enskild vårdtagare. En kontaktperson eller Case Manager bör ha personlig kännedom och gärna en tidigare vårdrelation till den enskilde vårdtagaren. Om vederbörande inte kan fullfölja sitt uppdrag ska det gå över till en annan namngiven representant från vården.

Med en remiss till en högspecialiserad enhet tar hemlandsting och kommun på sig ett ansvar för att följa upp och ge fortsatta vårdinsatser före, under och efter vårdtiden på enheten¹⁰. Dessa ska samordnas av kontaktpersonen.

⁹ I bilagan Vårdprocess högspecialiserade enhet.pdf finns processmodeller som beskriver hur vårdkedjan bör kunna fungera och vilka roller som är involverade över tid.

¹⁰ Vårdgivare på hemorten ska aktivt medverka i vårdplaneringen och ha kontakt under vård på högspecialiserad enhet. En vårdtagare kan också ha kontinuerlig kontakt med behandlare (t ex psykoterapeut) på hemorten. Lämpligt är att utvärdera SIP:en regelbundet även under vårdtiden på högspecialiserade enheten.

Uppföljningen och underhåll av vårdkedjan bör ske genom

1. En formell vårduppföljning via besök på den högspecialiserade enheten (individuell frekvens)
2. Att vårdpersonal i hemlandstinget ges möjlighet att auskultera på högspecialiserad enhet och ta del av vården kring den aktuella vårdtagaren
3. Vårdplanering tillsammans med kommunen med lämplig frekvens så snart det finns tankar kring vad vårdtagaren kan tänkas behöva efter vårdtiden på högspecialiserade enheten (vilket ska ske i god tid)
4. Månadsvisa rapporter om vården ska lämnas till kontaktpersonen. Det kan ske på olika sätt t.ex. skriftligt, besök (på ena eller andra hållet), videokonferens m.m.

Utslussning behöver planeras individuellt med ambitionen att vårdtagaren skall få ett fungerande vardagsliv. I normalfallet innebär det utskrivning till hemorten, men i enskilda fall kan det dock vara lämpligare att utslussning sker till annan ort eller till annan vårdform. I varje steg ska vårdtagarens och anhörigas synpunkter och önskemål beaktas.

Det är önskvärt med en uppföljande konsultation från den högspecialiserade enheten till hemlandstinget vid några tillfällen efter utskrivning. Stor vikt måste läggas vid att tidigt verklighetsanpassa den planerade fortsatta vården så att man inte på högspecialiserade enheten förslår/förespråkar boendeformer eller behandlingsalternativ som inte kan erbjudas i hemlandstinget/hemkommunen.

Forskning, utveckling och utbildning

Den högspecialiserade vården bör ha i uppdrag att låta utvärdera sin verksamhet och därmed bidra till kunskapsutvecklingen inom området. Detta förutsätter resurser i form av särskild kompetens och kapacitet. FoUU-perspektivet bör genomsyra verksamheten vilket innebär att vården måste kunna vara transparent för att möjliggöra jämförelser över tid och med andra verksamheter. Det som sker på avdelningen ska utgöra underlag för kunskapsutveckling och kunskapsöverföring. Detta förutsätter bland annat att personalen har kompetens och tid att t ex genomföra systematiska skattningar och utvärderingar, god dokumentationsvana osv.

Enheterna bör vidare ha i uppdrag att

- Aktivt söka kunskap och hålla sig uppdaterade med utvecklingen på området (inkluderande vad som görs i andra länder)
- Anordna regelbunden kompetensutveckling hos personalen (t ex i att använda skattningskalor, göra systematiska intervjuer, beteendeanalyser eller annat)
- Medverka i, alternativt genomföra externa utbildningar på andra orter
- Samverka med universitet och högskolor
- Samverka med och jämföra sig med varandra
- Redovisa erfarenheter och resultat av forskning och utvärdering i t ex tryckta rapporter, på hemsidor och i samband med möten och konferenser

För att möjliggöra ovanstående föreslår vi att varje enhet har några kombinationstjänster (klinisk verksamhet plus FoU). Det kan t ex vara personer som genomför doktorand- eller postdocstudier och samtidigt är kliniskt verksamma. Vidare bör ytterligare resurser finnas för att möjliggöra kontakt med lämpliga enheter (forskargrupper) vid universitet och högskolor (dvs. medel för att initiera och finansiera enskilda studier, handledning, resor till och från enheten, konferenser och seminarier). Olika typer av forskningsperspektiv kommer att behövas (beteendevetenskap, pedagogik, omvårdnad, neuropsykiatri, habilitering, farmakologi, kognitionsforskning, psykoterapiforskning osv).

Enheten bör vidare ha i uppdrag att genomföra kurser för personal i andra landsting (dessa kan vara avgiftsfinansierade).

Till enheterna bör knytas ett vetenskapligt råd, med representanter från den egna och andra enheter, samt forskare med adekvat kompetens. Det vetenskapliga rådet kan till exempel ha till sitt förfogande forskningsmedel att dela ut till lämpliga projekt (ett ansökningsförfarande bör i så fall tillämpas).

Restlista.

Återinskrivning

Ska det finnas möjlighet till återinskrivning vid nya kriser. Vår rekommendation är att man i så fall följer samma process som tidigare; d.v.s. förnyad konsultation med den högspecialiserade enheten och gemensam diskussion om lämplig vårdplan. Behöver diskuteras vidare.

Kostnader

Kostnader för personal kan kalkyleras relativt korrekt med stöd av lönetabeller. Andra kostnader blir till stor del beroende på vilken lokalkostnad och vilka overheadkostnader som verksamheten ska bära. En indikativ uppskattning är att kostnaden per vårdplats blir 12 000 kronor/dygn vilket motsvarar en kostnad om 4,4 miljoner kronor/ vårdplats och år. Här behöver arbetet fortsätta.

Detaljering av konsultationsprocess

Vid en första kontakt med SKLs nätverk för ledning och styrning efterfrågas detaljering av åtagandet gällande konsultationsprocessen. Den behöver beskrivas och detaljeras ytterligare, inte minst när det gäller hur kunskapsöverföring till andra landsting ska ske.

Nästa steg

Förankring

Arbetsgruppen lämnar över rapporten till Nationella självskadeprojektets styrgrupp. Styrgruppen förankrar hos nätverket för Ledning och styrning samt hos Landstingsdirektörerna. Det behöver beskrivas hur fortsatt förankring, uppåt till finansiering, utåt till landstingen att vilja leverera och vidare till den punkt där man kan göra en handskakning med det/de landsting som räcker upp handen och vill öppna en sådan enhet ska ske.

Kravspecifikation, beslutsunderlag

För att enskilda landsting ska kunna ta ställning till om man vill starta en högspecialiserad enhet behöver ett arbete göras med att omforma innehållet i den här rapporten till en konkret kravspecifikation med kvalitetsparametrar som tydliggör vad som ska levereras och hur verksamheten ska följas upp. Här behöver också tydlig information kring finansiering och kostnader finnas med.

Bilagor

God vårdmiljö i den psykiatriska vården, SLL 2010
Vårdprocesser högspecialiserad enhet.pdf