

# “Bättre psykosvård genom bättre beställningar”

Rapport från rundabordsmöte den 9e maj 2018, Lund



## Arrangörens förord

Schizofreniförbundet startade 2017 kampanjen *Bättre psykosvård genom bättre beställningar* med tydligt fokus på att minska återfallen i psykos och på så sätt minska lidande.

Denna dag arrangerade man i samarbete med läkemedelsföretaget Janssen ett rundabordssamtal till vilket representanter från politik, divisionsledning, koncernkontor och profession i Region Skåne bjöds in.

Målet med mötet var att skapa ett återkommande diskussionsforum kring hur psykosvården kan utvecklas och förbättras genom ett långsiktigt trippelhelixsamarbete, med patienten i fokus.

I fokus för dagens diskussioner stod psykosvården i Skåne och alla deltagare hade också innan mötet tagit del av en skrift "Psykosåterfall- förslag och fakta från Schizofreniförbundet" för att tydliggöra ingången i mötet.

[https://medlem.foreningssupport.se/schizofreni/uploads/root/Dokument/Psykos%C3%85terfall\\_2018.pdf](https://medlem.foreningssupport.se/schizofreni/uploads/root/Dokument/Psykos%C3%85terfall_2018.pdf)

Förslagen till förbättringar i Schizofreniförbundets kampanj har formulerats i två steg;

### 1) Bättre resultatuppföljning

Varje behandlande enhet ska åläggas att kontinuerligt följa upp och redovisa sina resultat vad gäller psykosåterfall.

Förbundet föreslår att regionen använder oplanerade återinläggningar och akutbesök på psykiatriska akutmottagningar som en proxy. (proxy = indikator när man inte har ett direkt mått).

I dagsläget finns enkla och välfungerande modeller för resultatuppföljning och redovisning. Denna resultatuppföljning ingår idag i de flesta klinikers standardprogram och skulle inte kräva att mer resurser lades på uppföljning.

Denna resultatuppföljning ska sedan sammanställas så att brukare, anhöriga och politiker lätt kan jämföra resultaten mellan olika verksamheter.

I ett senare skede skulle även remission (=tydlig symtomförbättring) kunna följas upp. Detta skulle dock kräva att de psykiatriska verksamheterna genomför en systematisk intervju med sina patienter minst en gång om året. I dagsläget upplever vi att denna, i och för sig ganska självklara sak, är långt från klinisk praxis.

### 2) Bättre beställningar

Beroende på vilket ersättningssystem som tillämpas i respektive region/landsting bör en diskussion startas om att göra resultatet "Färre psykosåterfall" till en ersättningsgrundande faktor.

*Schizofreniförbundet anser att en del av ersättningen till psykiatrisk verksamhet borde knytas till hur väl man lyckas med den helt centrala uppgiften att förhindra psykosåterfall!*

Denna rapport består av ett referat från mötet med syfte att ge en kortfattad och övergripande sammanfattning av den tre timmar långa diskussion som fördes denna eftermiddag och en kortare avslutande del med tankar och reflektioner som väcktes under och direkt efter mötet som vi hoppas ska kunna addera ytterligare fler infallsvinklar och även bringa värde till den fortsatta dialogen framåt.

Vi har valt att framför allt fokusera på de konkreta förslag som lyftes fram och de frågor som behöver ytterligare förtydligande och som med fördel skulle kunna lyftas vidare in i ett uppföljande möte.

Ett par glädjeämnen som vi vill lyfta fram extra är;

- Psykiatri i Skåne är inne i en positiv utveckling, detta syns både i olika typer av statistik och känns också tydligt i den konstruktiva dialogen.
- Att mötet fyllde sin funktion blev väldigt tydligt när en företrädare från politiken tackar för inbjudan och berättar att hon under sina 12 år i Regionfullmäktige aldrig tidigare suttit i ett möte tillsammans med företrädare från både professionen och brukarföreningen på ett så strukturerat sätt.
- Samtliga deltagare är överens om att det behövs en tydligare statistik, överblick och systematisering av återfall.
- Att mötet landar i full konsensus kring att just psykosåterfall är ett bra och angeläget mått att följa känns som en bra start på fortsatt samverkan.

Vi hoppas att rapporten ska kunna fungera som ett bra underlag för fortsatt dialog i syfte att utveckla och stärka psykosvården i Skåne. Om ni saknar något eller vill korrigerat alternativt addera delar tar vi tacksamt emot era synpunkter.

Arrangörerna föreslår ett uppföljande möte i oktober/november för att hålla fortsatt momentum i den viktiga frågan om hur man kan minska psykosåterfall och fortsätta utveckla och förbättra psykosvården.

Vi vill också än en gång tacka alla deltagare för ert bidrag och engagemang.

Vänligen

Lennart Lundin, 1e vice ordförande Schizofreniförbundet

Meckiann Jönsson, Public Affairs Manager Janssen

## Innehållsförteckning:

Arrangörens förord	sid 2
Deltagare	sid 5
<b>Mötesreferat</b>	
Redovisning av statistik gällande psykosåterfall	sid 6
Hur psykosåterfall kan minskas	sid 7
Incitament, sätt att premiera verksamheter som minskar psykosåterfall	sid 8
Politiska beställningar som syftar till en minskning av återfall	sid 10
Slutord – Vad tar vi med oss	sid 12
Reflektioner, frågor och förslag	sid 15

## Deltagare

Katarina Hartman, Divisionschef Psykiatri Region Skåne

Gunnar Moustgaard, Medicinsk rådgivare, Läkemedelsansvarig läkare Psykiatri, Region Skåne

Måns Gerle, Överläkare och tillträdande Verksamhetschef Psykos Malmö - Trelleborg

Karin Torell, Psykiatrisjuksköterska och Verksamhetsutvecklare Psykiatri, Region Skåne

Kerstin Lindell, Medicinsk rådgivare, Avdelningen för Hälso- och Sjukvårdsstyrning  
Koncernkontoret Region Skåne

Jonas Eberhard, Överläkare och Docent, Enheten för klinisk psykosforskning, Med fakulteten Lund

Anders Åkesson (MP), Ordf i Psykiatriberedningen (PPT) 1e vice ordf. i Regionstyrelsen och HSN mm

Yvonne Augustin (S) Ordf Sjukvårdsnämnd SUND – driftansvar för den offentliga psykiatrin, ledamot HSN,  
Regionstyrelsen och Regionfullmäktige

Birgitta Södertun (KD) Ledamot i Regionstyrelsen, Regionfullmäktige och bredningen för framtidens  
sjukvård.

Lennart Lundin, 1e vice Ordf Schizofreniförbundet

Per Torell, Schizofreniförbundet Lokalt och Internationellt (ledamot i nationella förbundens  
paraplyorganisation i Europa)

Erik Jedenius, Disputerad Psykosjuksköterska, Forskning KI, Medicinsk Rådgivare Janssen

\*Mötet modererades av Lisa Kirsebom, Vetenskapsjournalist

# Mötesreferat

## Redovisning av statistik gällande återfall

Hur ser det ut idag? Vad görs? Vad är möjligt?

Mötet inleds med att samtliga mötesdeltagare enas kring att psykosvården är en angelägen fråga, att det är av största vikt att minska återfall och att återfall är ett bra mått att följa.

Relativt snabbt landar man i diskussionen kring bra och säkra indikatorer för att mäta återfall, där man från professionens sida uttrycker att man upplever att det saknas sådana idag.

Konsensus uppstår därför snabbt kring att man ser behov av att få en bättre överblick och systematik för att följa psykosåterfall men att sättet man ska följa det på behöver diskuteras mer.

Schizofreniförbundet har förslagit oplanerade återinskrivningar och akutbesök som en proxy i brist på bättre indikatorer.

Professionen uppmanar till försiktighet och anser att det kan vara vanskligt att direkt koppla återinläggning till återfall. Man lyfter att återinläggningar också styrs av andra orsaker såsom ex tillgång till vårdplatser, organisation, brukarstyrda inläggningar etc. Det händer exempelvis att man lägger in patienter i förbyggande syfte för att förhindra återfall.

På "vården i siffor" kan vi följa några indikatorer och där ligger Skåne lite under riksnittet gällande återinläggningar. Men man lyfter också att det är begränsad information.

Frågan lyftes om det finns någon bättre indikator eller proxy än de som patientföreningen föreslår. Det framkom ingen sådan under samtalet men man vill gärna titta vidare på detta.

Vikten av direktöverföring från patientjournal in i kvalitetsregister lyftes som en viktig del för att kunna följa resultat över tid. Regionen lägger stor vikt vid att få detta att fungera men just nu står man i ett läge där man kommer att gå från Meleor till ett nytt system(SDV). Viktigt att förstå vilken impact det har på möjligheten att extrahera data ur systemen idag.

ACT och FACT team (Assertive Community Treatment), är ett evidensbaserat arbetssätt som kan ge viss data (I Region Skåne finns idag 2 fullvärdiga team och 14-15 på gång). Här kopplas psykiatriska och sociala insatser samman och man arbetar tillsammans i team runt patienten. Här skulle man eventuellt kunna få lite utdata för benchmarking inom Skåne.

Psykosteamen i Skåne står också i begrepp att införa Routine Outcome Measurement. Här kommer man att följa ett antal parametrar som livskvalitet och funktion enligt WHO's instrument. Detta ligger lite längre fram men det kommer sedan att genomföras varje år. Detta säger förvisso inte så mycket om återfall men väl om patientens upplevelse av vården.

Att använda en App nämns också som en möjlig väg framåt för att samla in information men frågan kring hur detta förs in i ett registrerings-/uppföljningssystem kvarstår. (Ev finns erfarenheter från Göteborg att titta närmare på).

Remissions-skattning två ggr per år lyfts som en potentiell kompletterande del.

Att använda anhöriga lyfts också som en outnyttjad resurs och viktig källa till information.

## Hur psykosåterfall kan minskas

Hur kan vi minska återfall och kan det premieras i de verksamheter som lyckas bra?

Man lyfter möjligheter med nya sammanhållna digitala vårdmiljön för att kunna lägga in bättre resultatmått som kan registreras på ett enklare sätt. Man arbetar också med att utveckla standardiserade vårdförlopp vilket också innefattar resultatutvärdering. Exemplet med appen som lyftes tidigare diskuteras också lite djupare och man tittar på om man skulle kunna använda den som ett verktyg för detta.

Politiken lyfter frågan kring om remissionsskattningar skulle vara en väg framåt. Om det är så skulle man ju kunna styra detta genom ersättningssystem. Från professionen svarar man att detta görs men att det inte finns ett bra sätt att registrera det i dagläget. Politiken frågar därefter om man har uppsökande verksamhet eftersom detta är en patientgrupp som ju inte alltid kommer på bokade besök. Svaret blir även här att detta görs. Man lyfter att vårderbjudandet för patienter med Schizofreni är bra och tydligt och det görs stora ansträngningar för att fånga upp patienter som faller ifrån. På det individuella planet kan det ju givetvis skilja väldigt mycket men generellt sätt så fungerar det väldigt väl.

Frågan om vilket land som har minst återfall lyfts– men här har man inget svar.

Politiken frågar vidare om en registrering av antal patienter som får återfall skulle kunna driva vården framåt? För någon typ av brist måste det ju finnas även säger att man har bra processer. Att nå 100 % är inte rimligt utan frågan är väl snarast om det här måttet kan driva utvecklingen framåt.

Professionen understryker att återfall är ett jättebra mått men man tycker inte att återinskrivningar svarar på det. Man vill hitta ett mer kvalitetssäkert sätt.

Professionen lyfter modeller som man ser har stora fördelar såsom integrerade insatser tillsammans med socialtjänsten men som inte riktigt kan visa effekt på symtomnivå. Dessa saknar dock cutoff för återfall vilket gör det svårt att se vilken insats som leder till minskade återfall.

Man uttrycker också tidigt att man upplever att det är en svår fråga. Man hänvisar till nya studier kring förlopp vid förstagångspsykos och behandling där preliminära data antyder att det inte alltid ger samma resultat på funktion som symtom med den behandling vi ger. Det blir därför svårt att ha en strategi för behandling.

Om frågan handlar om huruvida en viss typ av behandling ska premieras så upplever man att det skulle riskera att vissa patienter får ett sämre utfall. One size fits all – inte lämpligt. Man lyfter detta då man uttrycker att man anar att man ska landa i frågan om kontinuerlig långtidsbehandling.

Som direkt respons ställer politiken frågan till brukarorganisationen varför man så tydligt lyfter fram behandling i sin skrift och vad det betyder. Hur har man tänkt? Underhållsbehandling? Vad betyder det? Andra stödjande strukturer? Samtidigt som man tydliggör att politiken inte har för avsikt att ge sig in i läkemedelsdiskussioner understryker man att det är viktigt att förstå om det har en betydelse eftersom

det är grundläggande att politiken skapar rätt förutsättningar för vården och att man inte har ersättningsmodeller som hindrar.

Förbundet förtydligar att målet inte är att premiera vissa behandlingar - de menar att psykiatrin nu har goda möjligheter att designa bra vårdprogram utifrån ny modern evidens. God vård består av en palett av insatser där läkemedel är en. Psykologisk behandling, god medicinering, bra omhändertagande och kontinuitet – dessa frågor ligger hos vården och vi vill ha fram måttet som driver mot en god vård.

Professionen håller med om att en individuell planering är viktig och att läkemedel förvisso är en bottenplatta som de flesta behöver men man upplever att förbundet kanske fokuserat lite för mycket på läkemedelsbehandling – man tror inte det är så enkelt.

Schizofreniförbundet förklarar att anledningen till att man lyfter fram Tiihonens studier som inkluderar ca 30 000 svenska patienter med schizofreni (en om mortalitet och en om återinläggning) är att man i studierna använder återinläggning som ett av måtten för att följa återfall. De visar också på skillnader i överlevnad beroende på medicinering.

Man beskriver också att vid en genomgång av tidigare studier på schizofrenipatienter ser man att väldigt få studier har med död som resultatmått, man räknar istället detta som bortfall. Tiihonens studier blir därför väldigt intressanta eftersom de har med död som ett resultatmått och det är fullständigt makalösa siffror inom medicinen att man kan se så stora skillnader, mer än 50 % riskreduktion beroende på om patienten står på behandling eller inte. Man trycker på att det finns en god vetenskap kring detta idag som vården behöver ta till sig.

Professionen svarar med att man tror att de flesta patienter behöver läkemedel men man tror också att det i studierna man hänvisar till kan finnas confounding factors – men reserverar sig samtidigt för att man inte har läst studierna så noga. Med de läkemedel som lyfts fram i studierna har man också en mycket strukturerad och tydlig kontakt med vården beroende på uppföljningsbehov, vilket också behöver vägas in när man ser på skillnader. Man understryker att man inte vet hur mycket man vägt in det i studierna men tycker det är viktigt att ta i beaktande. En viktig lärdom som lyfts fram är att patienter lever längre och får bättre resultat om vi har mer kontakt med dem.

Diskussionen landar i att om alla patienter tas om hand på ett bra sätt så skulle återfallen minska.

## Incitament, sätt att premiera verksamheter som minskar psykosåterfall

Kan ersättningsmodellen påverka resultaten? Behövs det andra incitament? Behövs det förändrade ersättningssystem?

Politiken inleder med att, utifrån tidigare diskussion, understryka vikten av att säkerställa att de ersättningsmodeller man bygger inte leder åt fel håll. Ersättningsmodellen är ganska rak idag och Region Skåne har en tydlig anslagsfinansiering (utom för läkemedel som hanteras på ett något annat annorlunda sätt - den behandlas i ett stuprör för sig själv).

Vidare lyfter man att man såklart kan fundera på om den här patientgruppen skulle behandlas annorlunda. Kan den inte det inom ramen för ersättningsmodellen så kan man titta på det men uppfattningen verkar vara att de kan det.



Tidigare hade Regionen en mer värdebaserad ersättningsmodell med en tydligare ingång mot pay for performance modeller och större resultatfokus med tydligare utfallsmått.

Tittar man på hur diskussionerna gått i ett bredare perspektiv så har vissa menat att det hämmat utvecklingen av vården. Men med det sagt måste man också tillägga att om resultaten inte vänder kan man rimligen inte nöja sig utan då kanske det är intressant att titta på ersättningsmodeller ändå.

Man lyfter också att om det finns uppenbara kvalitetsbrister, oavsett område i sjukvården och det gäller inte enbart psykiatri, så måste man försöka hitta modeller för att skapa en förändring.

Generellt är uppfattningen att pinnsystem och produktions mått känns irrelevanta – men att utfallsmått är intressant om det skapar remission, hälsa, möjlighet att återgå i utbildning/arbete och om det minskar återfall.

Man behöver också fundera över vad skulle det ta i tid? Hur det ska registreras? Hur ska det följas upp?

Professionen tycker det är bra att politiken är intresserad men ska man gå in och styra är det viktigt att ha en diskussion mellan uppdragsgivare och utförare så att man sätter pengarna på rätt saker. Erfarenheten är att mått är ofta kopplade till process och inte resultat. Det händer att man når processmått men missar andra viktiga delar. Psykiatri vill bedriva god vård och det går framåt. Men man tror inte på New Public management – som ibland har visat sig leda åt fel håll även om man trodde att man gjorde rätt.

Politiken lyfter att förtroendet mellan politik och profession är viktig men ser också vad som händer när man skruvar i ersättningsystemen och sätter en peng på det man tycker är viktigt. Blir det utfall som innebär att man får mer pengar i budgeten så kommer detta att ske.

Man lyfter också att kopplat till den ständiga frågan om tillgänglighet att den stora utmaningen inom psykiatri inte huvudsakligen handlar om ekonomi utan snarare om personalbrist. Man skulle behöva öppna upp fler vårdplatser – det finns ekonomi men ingen personal.

Man lyfter också att Region Skånes koncerncentrala arbete har lett till kvalitetsutveckling och nämner även specifika projekt inom psykiatri där vi sett att ersättningsmodellen har effekt på resultatet.

Det diskuteras också att det varit ganska stora kast avseende ersättningsmodellen, alla landsting arbetar inte på samma sätt, och det finns inte en självklar sanning. Psykiatri är komplex och olika ersättningsmodeller passar olika bra i olika delar av sjukvården. Det är ingen enkel fråga.

Politiken är överens om att det är viktigt att mäta återfall men hur det ska ske utan för mycket handpåläggning i verksamheterna är inte tydligt.

I den nationella gruppen för kunskapsstyrning där Kerstin representerar regionen arbetar man också med att hitta sätt att följa återfall – här tittar man bland annat på sjukdomsepisodbegreppet i Psykos R och om detta skulle kunna vara en väg framåt.

Divisionsledningen lyfter att vi kan se att regionen förbättrat resultaten de senaste åren, så att fokusera på resultat har absolut effekt.

Men lyfter också i nästa andetag att det också är viktigt att hålla i minnet att även om statistiken säger att vi blivit bättre är det inte säkert att patienten och familjen runt patienten upplever det.

Ett stort steg framåt vore om man kan bedriva en vård tillsammans med brukarorganisationen- man vill gärna göra en pilot tillsammans- för att se om vi kan hitta en modell.

Exempelvis brukarstyrda inläggningar, utökat anhörigstöd är viktiga delar.

Schizofreniförbundets position avseende ersättningsystem är att beroende på vilket ersättningsystem som tillämpas i respektive region/landsting bör en diskussion startas om att göra resultatet till en ersättningsgrundande faktor. Dvs en ganska försiktig hållning.

Förbundet konstaterar att då det visats att ersättningsystemet faktiskt styr mot resultat upplever man att det värdebaserade systemet kanske slängts ut lite för snabbt, även om man är helt överens om att det inte går att införa något som professionen inte är med på.”

## Politiska beställningar som syftar till en minskning av återfall

Behöver politiska beställningar förändras och vilka effekter skulle det kunna få?  
Vilka underlag behöver politiken?

Politiken inleder med att säga att man är öppna för att diskutera styrning men att det inte går att implementera något som professionen inte ställer sig bakom.

Generellt tror man inte på New Public Management i psykiatrin men man lyfter samtidigt att det finns goda exempel som gett positiva effekter och där man sett att ekonomiska incitament absolut kan påverka i rätt riktning;

Exempelvis gav politiken medel för att uppmuntra hälsoundersökningar i psykiatrin. Genom denna åtgärd lyckades man öka antalet hälsoundersökningar från 150 till 2000 (gruppen totalt är på ca 8000 så där är förvisso mer att göra men det är definitivt ett steg i rätt riktning).

Samarbetet har också resulterat i att man idag har ett bra upparbetat samarbete med vårdcentralerna och vissa har också inrättat psykiatrisjuksköterskor som har bra koll på de här patienterna. Så visst styrs verksamheten av pengar men det är också viktigt att se att det leder åt rätt håll.

Man lyfter att behovsanalys och analys generellt är viktig och man upplever att det skett en utveckling på detta område. Tidigare kom denna helt från psykiatrin själv men sedan tre år har även ett regioncentralt perspektiv lyfts in vilket man upplevt vara värdeskapande för politiken.

Divisionsledningen lyfter också hur man arbetat med att motivera och sprida kunskap om ACT och FACT på olika kliniker och hur man genom att använda patienten i detta fick en väldigt god effekt. När man får förståelse för patientens behov blir det väldigt tydligt varför det är så effektivt att arbeta tillsammans.

Schizofreniförbundet lyfter fram Göran Stiernstedts utredning *effektiv vård* med anledning av en diskussion som uppstår kring komplexiteten i systemet med gränslandet mellan kommunal och regional sjukvård och politisk styrning.

Ett förslag som förbundet lyfter fram är att skapa så kallade superenheter som utredningen föreslår för äldre multisjuka. Förbundet menar att det vore ypperligt om man kunde skapa superenheter som ombesörjer allt sjukvårdsbehov för psykiatriskt långtidssjuka. De här patienterna underbehandlas idag och det finns också en ganska massiv överdödlighet i gruppen.

Att slå samman psykiatrins vård och merparten av den somatiska vården skulle vara ett spännande projekt, och för att skapa detta behöver man inte be kommun eller socialtjänst om hjälp. Detta kan regionen skapa själv.

Avslutningsvis konstateras i samstämmighet att samarbete med brukarorganisationer är framtiden där man skapar tillsammans istället för uppifrån och ner. Kan man genomföra en Pilot – där man tillsammans kan finna indikatorer som kan kopplas till värde – så kan man sannolikt också hitta modeller utifrån vilka man skulle kunna fatta politiska beslut.

## Slutord– Vad tar vi med oss

Mötet avrundades med att moderatorn gav varje deltagare 1 minut till att kortfattat beskriva vad man önskar ska ske efter detta möte samt om man upplever att det fanns saker som vi inte hann med att diskutera och som borde belysas vid ett kommande tillfälle.

”Jag tycker det är en utmärkt idé att titta mycket mer noga på återfall – och tar på mig att titta vidare på hur vi skulle kunna göra det i detta i de uppföljningsmodeller som redan finns och vad man skulle man eventuellt skulle kunna lägga till.

När det gäller frågor som skulle kunna diskuteras mer lyfts den somatiska ohälsan och extrema överdödligheten – vi gör redan en del bra saker på det området men den frågan behöver vi vända mer på och det hade jag gärna diskuterat mer.”

Kerstin Lindell

”Jag skulle vilja föreslå att man bildar ett slags ”Center of excellence” för psykosvård i Skåne, där man samlar relevant kunskap och skapar ett forum där alla parter som finns runt bordet idag samlas.

Avgränsningen inom psykiatrin skulle också kunna vara intressant att titta mer på – detta är patienter som generellt är svagare än andra och inte alltid ber om hjälp vilket innebär att resurserna kanske inte alltid fördelas korrekt.”

Jonas Eberhard

”Vi välkomnar en Pilot – och att brukarorganisationerna och psykiatrin hittar en gemensam arbetsform/mötesplats. Detta har vi efterfrågat länge och vi ser med spänning fram emot detta.”

Per Torell

”Det är glädjande att vi är så överens om att frågan om återfall är viktig och vi kommer fortsätta driva frågan om att kunna få jämförande statistik över landet.

Vi är också oerhört intresserade av att delta i en fortsatt kvalificerad diskussion om hur man ska följa upp det bättre, ingången från Schizofreniförbundets sida är att detta är ett förslag och vi är öppna för att diskutera andra lösningar.

Kanske skulle man kunna diskutera mer kring vådan av återfall men det är vi ju och andra sidan väldigt överens om.”

Lennart Lundin

”Jag tycker det har varit bra diskussioner och välkomnar en fortsatt dialog runt forskning.”

Erik Jedenius

”Jag tycker det är bra att vi får en diskussion om återfall. Intressant också att koppla detta till primärvårdens roll.

Jag tycker dock att man tappat bort två viktiga delar i denna diskussion;

Den första handlar om brukarorganisationernas möjlighet att klara sina uppdrag, om man förväntas vara en del i vården och kunna vara med och förändra och vara delaktig på ett bra sätt måste man också fundera över hur det ska finansieras.

Den andra delen handlar om Akademinns roll i detta – det behöver bli en del i alla personalgrupper. Att känna att man är en del av evidens, kunskap och behandling. Att bilda ett Center of excellence kanske är en bra ide. Akademinns roll är viktig!”

Anders Åkesson

”Jag tror att man behöver arbeta mer med standardiserade processer - att följa återfall skulle kunna bli en del i det.

Stigmatisering kring psykosjukdom är stor och detta skulle vi kunna tala mer om. Det talas mycket om psykisk ohälsa – depression och bipolär sjukdom är vanligare men schizofreni är det fortfarande väldigt mycket svårare att tala om. Detta behöver vi ändra på.”

Gunnar Moustgaard

”Jag tror att vi har en plan – vi kommer börja titta på lite utdata och ser hur vi kan arbeta vidare.

Hälsan är viktig, liksom standardiserade vårdprocesser, men det är nästa steg.”

Katarina Hartmann

”Jag är mycket intresserad av någon form av projekt för att hitta ett bra sätt att mäta kvalitet.

Tycker också det är viktigt att ge brukarorganisationer lika villkor för att arbeta tillsammans med vården.”

Karin Torell

”Vi landar i att diskutera de instanser som vi behöver nå ut med kopplat till kroppslig hälsa och psykiatrisk behandling men som våra patienter ibland på ett eller annat sätt undviker, väljer bort, tackar nej till eller inte söker upp.

En sak som är genomförbar som inte finns idag är brukarstyrd inläggning för den här gruppen. Vi behöver börja skapa mer av insatser man som patient kan välja till för att förändra relationen mellan patienten och vården.

Vi behöver också arbeta för att upphäva de små hinder som går att göra mellan socialtjänst och psykiatri då detta har förvånansvärt stor påverkan på hur man samarbetar runt patienten.

Tror också att vi hade pratat på ett annat sätt om en del frågor om patienten var med i rummet – schizofreniförbundet mer anhörigperspektiv. Kanske hade blivit mer fokus på vilka frågor som borde ligga inom sjukvården. Sysselsättning/studier och arbete – viktiga frågor för patienten.”

Måns Gerle

”Jag känner mig både inspirerad, provocerad och taggad när patientföreningen pratar om politikens oändliga tålamod med psykiatrin. Jag har suttit i Regionfullmäktige sedan 1998 men detta är första gången som jag varit med om att professionen och patientföreträdare sitter tillsammans och har en konstruktiv dialog på detta sätt. Jag tackar för initiativet då detta bidrar till att vi tillsammans blir bättre på att ställa rätt frågor. Landar man i en studie så har detta varit väldigt bra.”

Birgitta Södertun

”En stor utmaning som man kan tala mer om är hur man säkerställer kompetensförsörjningen inom psykiatrin. Det finns ekonomi för att öppna fler vårdplatser med det finns ingen personal.”

Yvonne Augustin

Här slutar referatet och avslutningsvis har vi som arrangörer sammanställt några korta kompletterande reflektioner, frågor och förslag.

Denna del fylls med fördel på med tankar från samtliga mötesdeltagare så att vi täcker in så många aspekter som möjligt. Detta för att skapa de bästa förutsättningarna för hur vi tillsammans arbetar vidare med frågan. Maila era tankar till [mjonsso3@its.inj.com](mailto:mjonsso3@its.inj.com) som sammanställer och återkopplar inför nästa sammankomst.

### Kompletterande reflektioner, tankar och frågor;

I samband med en psykoskonferens som arrangerades i Göteborg veckan efter vårt möte lyfte Lennart Lundin frågan kring lämpliga indikatorer för att mäta och följa psykosåterfall med två internationellt erkända forskare inom psykosvård, Professor Tom Burns och Professor Jari Tiihonen.

Den indikator som de båda primärt använt i sin forskning för att följa återfall och försämringsepisoder är, den av schizofreniförbundet förslagna indikatorn, återinläggning. Någon säkrare eller bättre indikator har man inte funnit.

Utifrån diskussionen under mötet kring professionens önskan att finna bättre indikatorer än den förslagna ställer vi oss frågan om det ändå inte skulle kunna vara rimligt att följa denna indikator under tiden man parallellt undersöker möjligheten att finna säkrare eller bättre indikatorer?

En av de delar som särskilt lyftes fram var vikten att i en sådan statistik kunna skilja på planerade och oplanerade återinläggningar. Har man tittat vidare på om detta går att göra idag?

Ev skulle man kunna börja fundera på om en ersättningsmodell kopplad till genomförda remissions skattningar för patienter med Schizofrenidiagnos skulle kunna leda till en kvalitetsutveckling av psykosvården.

Patientföreningen lyfte under mötet att man upplever det ganska egendomligt att det idag inte finns utrymme för 15 minuters remissionsskattning per patient och år för den patientgrupp som lider av psykiatrins kanske allvarligaste kroniska sjukdom.

Om detta kan vara ett verktyg som hjälper till att skapa en förbättrad systematik och överblick över återfall kanske detta skulle prioriteras? Skulle detta vara möjligt?

Hur ser det ut med kontaktsjuksköterskor inom psykiatri?

Kopplat till diskussionen om "appar" som verktyg så verkar det finnas erfarenheter av arbete med detta både i den egna regionen men också från VGR som vi kan lära av. Som det diskuterades under mötet vore det intressant att titta vidare på vilken koppling det skulle kunna ha till arbetet med att minska återfall.

Skulle "appar" kunna vara ett verktyg genom vilket man bättre kan ta tillvara information som ges från patient och anhöriga?

Är förslaget om så kallade superenheter en utopi eller skulle det kunna bli verklighet?

Region Skåne har idag vårdval inom psykiatri. Är detta något som skulle kunna utvecklas inom ramen för detta?

Både i Malmö och i Helsingborg byggs nya psykiatribyggnader – finns det någon plan för hur en modern psykosvård ska kunna utvecklas i dessa lokaler? Finns exempelvis utrymme för brukarstyrda inläggningar med i denna planering?

### Arrangörernas avslutande ord och förslag framåt:

För att framåt hålla fortsatt fokus på frågan och för att säkerställa en utveckling som leder till minskade återfall föreslås följande;

- Nytt möte planeras till oktober/november när nya politiska företrädare är valda och man börjar titta närmare på verksamhetsmål och budget för kommande period.
- Att verksamheten till nästa möte sammanställer siffror för oplanerade återinläggningar, akutbesök och genomförda remissions skattningar för att få en uppfattning av aktuell status.
- Att samtliga mötesdeltagare återkopplar eventuella kompletterande tankar och också funderar vidare på hur ett samverkansprojekt med tydligt fokus på minskade återfall skulle kunna se ut. Det vore även önskvärt att fundera kring när ett sådant projekt skulle kunna starta och hur en realistisk tidslinje för detta skulle kunna se ut.