



REVISIONSRAPPORT
UPPFÖLJNING GRANSKNING AV
PSYKIATRIN

Revisionskontoret
Jan-Olov Undvall,
Certifierad kommunal revisor
Dnr: REV/9/2024

Innehållsförteckning

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | SAMMANFATTNING | 3 |
| 2 | LEDNING/BAKGRUND | 4 |
| 3 | SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING | 4 |
| 4 | REVISIONSKRITERIER..... | 5 |
| 5 | ANSVARIG STYRELSE/NÄMND..... | 5 |
| 6 | METOD | 5 |
| 7 | RESULTAT AV GRANSKNINGEN..... | 6 |
| 7.1 | STRATEGI/PLANERING | 6 |
| 7.2 | INKOMMANDE OCH UTGÅENDE REMISSER..... | 9 |
| 7.3 | MEDDELANDERUTINER | 12 |
| 7.4 | ANSVARSFÖRDELNING MELLAN PRIMÄRVÅRD OCH PSYKIATRIN PÅ SJUKHUSET | 15 |
| 7.5 | VÅRDKEDJOR | 17 |
| 7.6 | UPPFÖLJNING OCH KONTROLL AV FÖLJSAMHETEN | 21 |
| 7.7 | UPPFÖLJNING OCH ÅTERREDOVISNING | 21 |
| 7.8 | SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER | 23 |
| 7.8.1 | Svar på revisionsfrågorna..... | 25 |
| 8 | KVALITETSSÄKRING | 26 |
| 9 | UNDERTECKNANDE..... | 26 |
| 10 | REFERENSER | 27 |

1 SAMMANFATTNING

Regionens revisorer har genom revisionskontoret genomfört en uppföljande granskning av psykiatrin. Syftet med granskningen har varit att ta reda på om brister från tidigare granskning åtgärdats.

Strategi och planering

Bedömningen är att det finns en strategi och planering för att nå uppsatta tillgänglighetsmål. Flera strategiska åtgärder har införts eller planeras, särskilt för neuropsykiatriska patienter. Utbyggnad av öppenvården och införandet av ett akutpsykiatriskt öppenvårdsteam är åtgärder för att stödja patienter efter utskrivning och minska antalet inläggningar. Trots dessa åtgärder kvarstår problem med långa väntetider för flera patientgrupper vilket riskerar att förvärra deras tillstånd och öka deras psykiska lidande. Det kvarstår också utmaningar med att tillgodose behovet av personal och vårdplatser.

Remisser

Bedömningen är att remisshanteringens fortfarande är otillfredsställande. Remisser avvisas utan tydlig förklaring och det finns brister i samverkan mellan psykiatrin och primärvården, vilket riskerar att patienter även fortsättningsvis hamnar mellan stolarna. Det finns också en formell brist i remisshanteringens eftersom remissbekräftelse inte alltid skickas till patienten. Åtgärder som införande av remissmallar och ökad konsultation i samband med remittering nämns som förbättringsförslag.

Meddelanderutiner

Bedömningen är att meddelanderutinerna för in- och utskrivning är delvis tillfredsställande. Formellt finns rutiner men följsamheten brister, särskilt vid utskrivning med kort varsel. Det är ibland oklart hur primärvården ska agera efter utskrivning från psykiatrin och dokumentationen av egenvårdsbedömningen brister. En av orsakerna till brister i följsamheten är den höga genomströmningen av personal.

Ansvarsfördelning

Bedömningen är att ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialiserad psykiatri fortfarande inte är tillfredsställande. Trots en dokumenterad överenskommelse är ansvarsfördelningen i praktiken fortsatt otydlig, vilket leder till att patienter får fördröjd diagnos och behandling eller vårdas på fel vårdnivå. Detta medför brister i vårdkvalitet och ett ineffektivt vårdutnyttjande.

Utveckla vårdkedjor

Bedömningen är att det delvis sker ett systematiskt arbete med att identifiera och utveckla vårdkedjor mellan slutenvård, öppenvård och primärvård. Det pågår utvecklingsprojekt men det finns delar i arbetet som inte helt överensstämmer med Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete. Brukarföreningarnas deltagande i kvalitetsarbetet är otillräckligt och det finns brister i dokumentation och uppföljning av statistik.

Kontroll av följsamhet

Bedömningen är att uppföljning och kontroll av följsamheten till behandlingsöverenskommelser, meddelanderutiner och remissrutiner är delvis tillfredsställande. Metoder som daglig styrning med Gröna Korset, strukturerade journalgranskningar och utredning av avvikelser används. Det finns dock brister i följsamheten vilket särskilt beror på hög personalomsättning. Hög personalomsättning gör det svårt att säkerställa att alla är informerade och följer rutiner och riktlinjer.

Uppföljning

Bedömningen är att uppföljning och återredovisning av tillgängligheten fortfarande inte är helt tillfredsställande. Trots pågående utvecklingsarbete och olika metoder för uppföljning och kontroll finns det fortfarande betydande utmaningar att hantera. Återrapporteringen till nämnden speglar inte den faktiska situationen gällande tillgängligheten till specialistpsykiatrin.

2 LEDNING/BAKGRUND

Psykiatrisk vård och behandling bedrivs av specialister inom allmänmedicin i primärvården och specialister inom psykiatri på den psykiatriska kliniken på Östersunds sjukhus. Primärvården är 1:a linjen för vuxenpsykiatrin med ansvar för lättare och medelsvåra tillstånd, medan svårare tillstånd behandlas på Psykiatriska kliniken på Östersunds sjukhus.

En utbyggnad av psykiatrin inom öppenvården har varit ett sätt att möta neddragning av vårdplatser. Korta vårdtider förutsätter dock fungerande vårdkedjor mellan dygnetruntvård, öppenvård och primärvård. Om öppenvården och primärvården inte fullt ut kan kompensera neddragningen av vårdplatser och om vårdkedjor och meddelanderutiner inte fungerar på ett tillfredsställande sätt riskerar patienter att "hamna mellan stolarna" mellan primärvård, öppenvård och dygnetruntvården på psykiatriska kliniken på sjukhuset.

Revisorerna har tidigare genomfört granskningar av psykiatrin. I samtliga granskningar har det framkommit brister i tillgängligheten till den specialiserade psykiatrin på sjukhuset vilket ibland medfört att patienter som varit i behov av psykiatrisk kompetens i stället hänvisats till primärvården, som inte alltid kunnat tillgodose vårdbehovet med en fördröjning av diagnos och behandling som konsekvens.

Tidigare granskningar har också visat på brister i gränsdragning mellan primärvård och specialiserad psykiatri på sjukhuset. Det har framkommit oklarheter kring indikationsnivå för remittering av patienter vilket resulterat i att remisser återsänts till primärvården med motiveringen att psykiatrin på sjukhuset var fel vårdnivå. Även brister i meddelanderutiner har noterats.

I den senaste granskningen, från 2021, framkom att den tillgänglighet som redovisats enbart speglade en begränsad del av psykiatris verksamhet samt att kvalitén i den redovisningen var bristfällig.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Granskningen har syftat till att ta reda på om de brister som identifierades i den tidigare granskningen från 2021 blivit åtgärdade.

Revisionsfrågor

- Finns en strategi/planering för hur beslutade tillgänglighetsmål ska nås?
- Finns tillfredsställande rutiner för hantering av inkommande och utgående remisser?
- Finns tillfredsställande meddelanderutiner för in- och utskrivning?
- Finns en tydlig ansvarsfördelning mellan primärvård och specialiserad psykiatri på sjukhuset i form av behandlingsöverenskommelser och vårdprogram?
- Sker ett systematiskt arbete med att identifiera och utveckla vårdkedjor mellan dygnetruntvård, öppenvård och primärvård?
- Finns en tillfredsställande uppföljning och kontroll av följsamheten till behandlingsöverenskommelser, meddelanderutiner och remissrutiner?
- Finns en tillfredsställande uppföljning och återredovisning av tillgängligheten?

Avgränsning

I granskningen ingår inte de delar från 2021 som berörde barn- och ungdomspsykiatri eftersom kliniken varit föremål för granskning under 2023 genom "Uppföljande granskning av samverkan gällande barn och unga med psykisk ohälsa".

4 REVISIONSKRITERIER

Vår bedömning har utgått från:

- Kommunallagen (2017:725)
- Hälso- och sjukvårdslagen
- Lag om samverkan vid utskrivning
- Patientsäkerhetslagen
- Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.
- Socialstyrelsens föreskrift om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården.
- Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete.
- Regionplan och budget 2024–2026.

5 ANSVARIG STYRELSE/NÄMND

Ansvarig nämnd är hälso- och sjukvårdsnämnden

6 METOD

Granskningen har genomförts genom intervjuer, enkätundersökning och dokumentanalys. Intervjuer har genomförts med 14 personer. Några har varit djupintervjuer medan andra har genomförts som telefonkontakt.

Följande befattningar har intervjuats:

- Divisionschef för Division Nära vård
- Chefläkare
- Områdeschef för område psykiatri
- MLA för område psykiatri
- Verksamhetsutvecklare för område psykiatri
- Enhetschefer inom område psykiatri
- Kanslichef för patientnämndens kansli
- Utvecklingsamordnare vid kommunförbundet
- Specialister i Allmänmedicin
- Företrädare för brukarföreningarna, Nationell samverkan för psykisk hälsa och Riksförbundet Balans

Ett urval av specialister i allmänmedicin i regionen med stor erfarenhet av kontakter med specialistpsykiatri på sjukhuset har fått besvara enkätfrågor. I maj/juni skickades 36 enkäter ut och 26 svar inkom, vilket ger en svarsfrekvens på 72 procent. Urvalet genomfördes genom kontakt med enhetschefer och medicinskt ledningsansvariga.

Dokumentanalys har genomförts av för granskningen relevanta dokument och framgår av bilagan Referenser.

7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

7.1 STRATEGI/PLANERING

Revisionsfråga: Finns en strategi/planering för hur uppsatta tillgänglighetsmål ska nås?

Vid den föregående granskningen framkom att hälso- och sjukvårdsnämndens tillgänglighetsmål var formulerade på en alltför övergripande nivå. Därför bedömdes de inte vara helt tillfredsställande för att spegla de specifika enheter som behövde förbättra sin tillgänglighet (1).

Vuxenpsykiatrin har alltså inga specifika mål på nämnds nivå utan omfattas av de tillgänglighetsmål som gäller för övrig specialiserad vård på sjukhuset. Inför 2024 har hälso- och sjukvårdsnämnden sänkt sin ambitionsnivå gällande de övergripande tillgänglighetsmålen. För ett första besök inom specialiserad vård är målvärdet nu 64 procent, jämfört med tidigare 100 procent. Målvärdet för behandling har sänkts från 100 procent till att bibehålla utfallet för 2023, 62 procent och för återbesök 74 procent (2).

Av intervjuer framkommer att om den sänkta ambitionsnivån medför ökade väntetider för utredning och behandling riskerar patienter att försämrans i sitt psykiatriska tillstånd. Det kan medföra att när åtgärderna väl sätts in blir de mer omfattande och långvariga. Ett snabbt insättande medför minskat lidande för patienten och mer effektiv vård.

En diagnosgrupp som det varit stort fokus på när det gäller bristande tillgänglighet är patienter med misstanke om neuropsykiatrisk diagnos. För dessa patienter är tillgängligheten till utredning och även väntetiden för behandling av stor betydelse.

Enligt intervjuer har en ökning av utredningar skett sedan föregående granskning men inflödet av remisser för neuropsykiatrisk utredning har överstigit det man har klarat av att arbeta bort. Detta har medfört att tillgängligheten inte har förbättrats i tillräcklig omfattning. Även väntetiden till psykologisk behandling i övrigt är lång som exempelvis väntetiden till traumabehandling. Den har dock minskat jämfört med för några år sedan, enligt verksamhetschefen för psykiatri.

En strategisk åtgärd för att förbättra tillgängligheten har varit att upphandla externa konsulter för neuropsykiatrisk utredning. Dessa konsulter har dock inte haft något krav på att också utföra behandlingar, vilket har resulterat i att kön till behandlingar har vuxit. En upphandling av externa konsulter för behandling var under genomförande. Men med anledning av regionens ansträngda ekonomiska situation och ändrade ambitionsnivå för tillgänglighetsarbetet, var det osäkert huruvida det kommer att realiseras. I samband med faktagranskning framkom dock att man fått godkännande från hälso- och sjukvårdsledningen att genomföra en sådan upphandling och att man är i slutfasen av att upprätta ett avtal.

En ytterligare åtgärd som införts i år för att styra upp tillgängligheten är att införa remisskrav för utredning. Remisskrav uppges medföra bättre förutsättningar för att prioritera bland patienter som står i kön.

Ytterligare en åtgärd som är under planeringsstadiet för att förbättra tillgängligheten för dessa patienter är enligt vårdutvecklare att öka samverkan med primärvården. Primärvården skulle kunna inleda psykosociala insatser och utbildningsåtgärder för familj och anhöriga innan utredning genomförs.

Produktions- och kapacitetsplanering har börjat användas för att hantera uppskjuten vård. Inom psykiatrin på sjukhuset saknas dock en egen modell för produktions- och kapacitetsplanering, så man har i stället anpassat primärvårdens modell efter psykiatrins förutsättningar. För närvarande har arbetet med produktions- och kapacitetsplanering riktats mot arbetsterapeuter.

I samband med faktagranskning framkom att hälso- och sjukvårdsledningen beslutat att en utvecklad produktions- och kapacitetsstyrning ska införas, så att en tydlig behovsprognos kan användas i budgetarbetet inför 2026. Behovsprognosen ska redovisas vid hälso- och sjukvårdsnämndens första sammanträde 2025.

Flertalet besök utgörs av återbesök

För psykiatrins interna planering, uppföljning och kontroll är tillgängligheten för återbesök av stor betydelse eftersom dessa utgör den största delen av psykiatrins uppdrag. Många av psykiatrins patienter har ofta långa vårdförlopp och behöver regelbundna bedömningar och insatser. Personalkontinuitet har stor betydelse för en framgångsrik behandling och utmaningen är bristen på fasta anställda psykiatriker.

En annan form av tillgänglighet som har stor betydelse enligt intervjuade läkare är tillgänglighet för receptförynelse och att kunna nå psykiatrin via telefon för att ställa frågor. Telefontillgängligheten till psykiatrin på sjukhuset är för övrigt något som patientnämnden noterat som ett återkommande klagomål.

Tillgången på vårdplatser är problematisk

Tillgängligheten till vårdplatser är problematisk. I samband med faktagranskningen framkom att verksamhetschefen initierat en utredning av behovet av vårdplatser. Beslut om detta tas antingen inom hälso- och sjukvårdsledningen eller på politisk nivå.

Inom vuxenpsykiatrin finns det endast två vårdplatser avsedda för barn- och ungdomspsykiatri vilket är otillräckligt och bör, enligt de intervjuade, ses över. I samband med faktagranskningen informerades vi om att det nu finns en färdig utredning och att beslut ska fattas under hösten 2024.

En annan brist och utmaning är möjligheten till utevistelse för tvångsintagna patienter. Dessutom nämns att det saknas kontorslokaler, vilket påverkar möjligheten att rekrytera vissa kompetenser.

En strategisk åtgärd för att förbättra tillgängligheten har varit att försöka tillsätta vakanta tjänster. En utmaning för personalförsörjningen är dock, enligt de intervjuade, att cheferna är begränsade av regionens regelverk med små möjligheter att göra avsteg vilket påverkar möjligheten att rekrytera.

Patienter som är tvångsintagna på grund av att de är dömda till rättspsykiatrisk vård påverkar också tillgången på vårdplatser för övriga patienter. Det råder en nationell brist på vårdplatser inom rättspsykiatrin. Vid redovisning av vårdplatser framgår inte i vilken omfattning de är upptagna av tvångsvårdade patienter vilket tidvis kan vara omfattande, enligt chefsläkaren. En målgrupp som drabbas särskilt vid prioriteringar är patienter med beroendeproblematik och behov av att läggas in för avgiftning.

Utveckling av SPOT- team

Sedan föregående granskning har det skett en utveckling av SPOT-teamet (specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam). SPOT-teamet träffar patienterna i deras hem, framför allt efter utskrivning från slutenvården. Teamet bedriver vård som ligger mellan specialistvården

på sjukhuset och psykiatrisk öppenvård och arbetar över hela länet, även under helger. Ett av syftena med vården är att försöka undvika återinläggningar. Utbyggnaden av öppenvården nämns som en generell strategisk åtgärd för att minska behovet av dygnetruntvård.

Prehospital-psykiatri

En åtgärd för att förbättra tillgängligheten, särskilt för patienter med psykisk funktionsnedsättning, är prehospital psykiatri. Det innebär att ambulanspersonal åker hem till den vård sökande och genom att koppla upp sig mot psykiatrijouren kan man genomföra en bedömning på plats.

Arbetet med prehospital ambulanssjukvård omfattar hela länet. För närvarande fokuserar arbetet på att öka samverkan mellan ambulans och psykiatri, med målet att införa bedömning över video. Detta är dock ännu inte i drift på grund av tekniska problem som det har arbetats med fram till våren 2024. Utbildningsinsatser har genomförts för ambulanspersonal, både från psykiatrin och internt inom ambulansverksamheten, för att förbättra kunskapen om psykisk ohälsa

Sommarstängning av vårdavdelning

I slutet av granskningen, efter att intervjuer och enkätundersökning genomförts, nåddes vi av informationen att en vårdavdelning skulle stängas över sommaren på grund av personalbrist. Enligt den riskanalys som området tog fram bedömdes konsekvensen kunna bli att patienter inte skulle erbjudas slutenvård utifrån sitt aktuella vårdbehov. Det skulle medföra risk för att patienter fick vänta längre på vård under sommaren och i sin tur leda till ett ökat vårdbehov. Riskanalysen visade också ökad risk för överbeläggningar och eftersom lokalerna inte är anpassade för detta, även ökad risk för hot och våld. Dessutom bedömdes konsekvensen bli kortare vistelsetider och risk för att meddelanderutiner inte skulle fungera som de ska. För att minska de negativa effekterna pågick ett arbete med en omställning till öppenvård och en akutpsykiatrisk mobil lösning, enligt riskanalysen (3).

Eftersom samtliga intervjuer och enkätundersökning genomförts då informationen om stängningen kom oss till del, har vi inte kunnat ställa frågor om konsekvenser och de åtgärder som planerats.

Bedömning

Svaret på revisionsfrågan om det finns en strategi/planering för hur uppsatta tillgänglighetsmål ska nås blir delvis. Bedömningen grundar sig på följande:

- Flera strategiska åtgärder har införts eller planeras för att förbättra tillgängligheten inom vården, särskilt för neuropsykiatriska patienter. Extern kompetens har upphandlats och remisskrav införts för att prioritera de med störst behov. Trots dessa insatser kvarstår problem med långa väntetider för flera patientgrupper, vilket riskerar att förvärra patienternas tillstånd och öka deras psykiska lidande. Strategin kan därför inte bedömas som helt tillfredsställande.
- Utbyggnad av öppenvården och införandet av ett akutpsykiatriskt öppenvårdsteam under sommaren är åtgärder för att stödja patienter efter utskrivning och minska inläggningar. På grund av länets stora geografiska yta finns emellertid risk för att en stor del av arbetet går åt till restid.
- En annan åtgärd är att tillgodose behovet av personal, såsom psykiatriker och psykiatriutbildade sjuksköterskor, men detta har varit svårt bland annat på grund av allt för strikta anställningsregler. För vissa patientgrupper är tillgången till slutenvård

vårdsplatser avgörande men bristen på sådana platser kvarstår. En utredning pågår för att se över vårdplatsbehovet men områdeschefen har inget beslutsmandat i frågan.

7.2 INKOMMANDE OCH UTGÅENDE REMISSER

Revisionsfråga: Finns tillfredsställande rutiner för hantering av inkommande och utgående remisser?

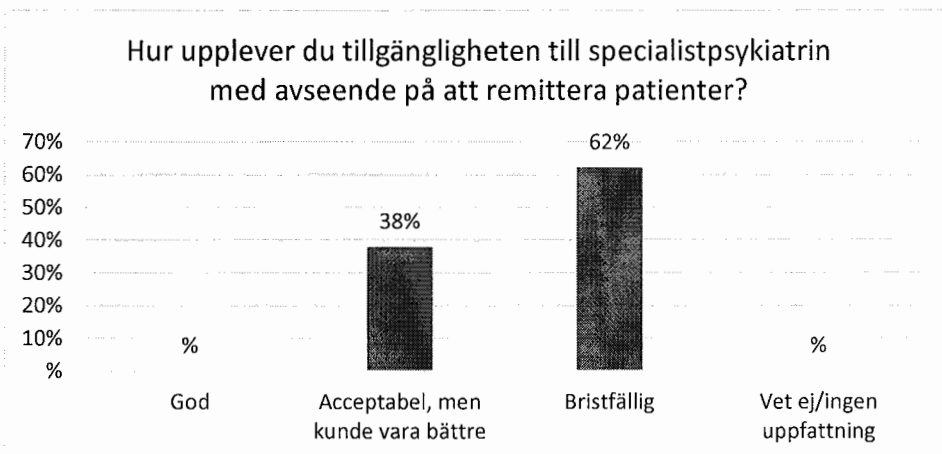
Remisser till psykiatrin kommer huvudsakligen från primärvården. När remisserna anländer sker en bedömning inom den psykiatriska akutvårdsmottagningen. Därefter fördelas de till respektive enheter. Varje enhet håller veckovisa remisskonferenser där remisserna återigen utvärderas. Mottagande enhet ska därefter skicka en remissbekräftelse till både remitterande enhet och patienten. På frågan om remissbekräftelse alltid skickas från psykiatrin svarar man att det sker, men inte alltid till patienten. En förändring avseende detta är under införande i samband med införande av nya vårdförlopp.

I samband med faktagranskning framkom att införandet av remissbekräftelse ännu inte är genomfört. Neuropsykiatriska mottagningen (NPM) har dock börjat använda systemet under sommaren. Övriga enheter skickar ut en kallelse när patienten ska kallas, men ingen remissbekräftelse, och remissvar går direkt till remittenten. Det finns ett beslut om att införa remissbekräftelse men det är ännu inte implementerat i hela verksamheten.

I tidigare granskningar har det framkommit oklarheter kring indikationsnivå för remittering av patienter vilket resulterat i att remisser återsänts till primärvården med motivering att psykiatrin på sjukhuset var fel vårdnivå och att tillgängligheten varit bristfällig vid remittering av patienter.

Enligt enkätresultatet framgår det att tillgängligheten fortfarande brister när det gäller att remittera patienter från primärvården till psykiatrin på sjukhuset. Remisser avvisas ibland utan närmare förklaring.

På frågan om hur man från psykiatrins sida upplever kvaliteten på de remisser som skickas från primärvården svarar intervjuad läkare att kvaliteten på inkommande remisser varierar och ibland återsänds remisser med anledning av att nödvändiga uppgifter saknas. Ett sätt att underlätta remitteringsförfarandet är att utveckla remissmallar, vilket pågår för remittering till neuropsykiatrisk utredning.



Uppfattningen hos specialisterna i allmänmedicin är att avslagen på remisser ofta är oklara. Det framkommer önskemål om mer sömlös samverkan mellan olika enheter inom psykiatrin på sjukhuset. Bristande tillgänglighet gäller främst neuropsykiatriska utredningar.

Kommentarer från enkäten

"Det är alltför många patienter där remisser avslås. Vi står inför extremt långa väntetider, och patienter är sjukskrivna i många månader och ibland är extra medan de väntar på bedömning för till exempel ADHD. Å andra sidan fungerar möjligheten till digitala remisskonferenser bra.

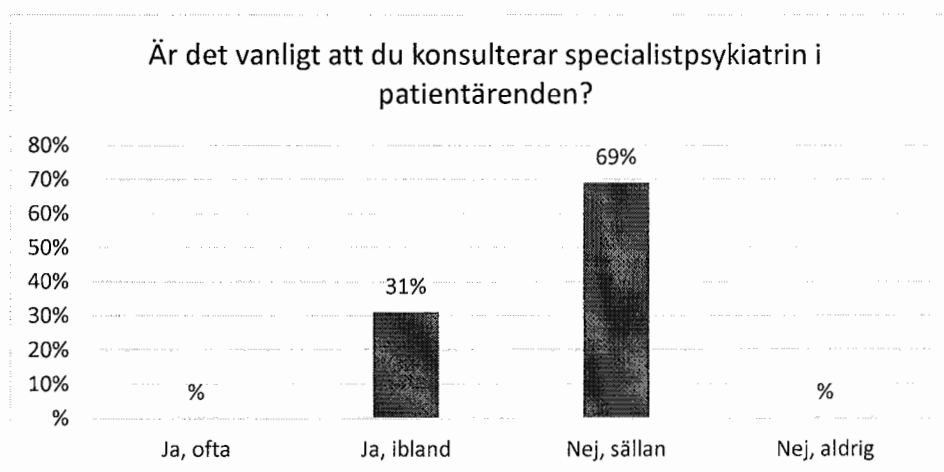
Jag upplever ofta att remisser avvisas, trots att jag själv är restriktiv när det gäller remittering. Jag remitterar när jag känner att jag inte räcker till som behandlande läkare i primärvården. Dessutom studsar remisser ofta och ifrågasätts, och man får ibland komplettera med saker som inte ingår i primärvårdens uppdrag.

Det är positivt att det finns god tillgänglighet för att skicka remisser, men tyvärr är avslagen ibland lite oklara. Dessutom upplever jag att det är svårt för både remissinstanser och patienter att hitta rätt del av psykiatrin. Jag skulle önska att det fanns en mer sömlös samverkan mellan olika enheter inom psykiatrin."

Efterfrågar en ökad möjlighet att konsultera psykiatrin vid remissförandet

En intervjuad läkare i primärvården upplevde att det ibland är svårt att sammanfatta en patients psykiatriska status i en remiss och efterfrågade mer möjlighet till konsultation i samband med remittering. Intervjuad läkare inom psykiatrin ställer sig frågande till denna svårighet och tror att den kan bero på osäkerhet (stigmatisering) inom primärvården när det gäller patienter med psykiatriska besvär.

Konsultation från psykiatrin i samband med remissförande nämns av både personal inom psykiatrin och primärvården som en framgångsfaktor. För närvarande finns möjlighet att konsultera psykiatrin genom att anmäla sig till en tid varje onsdag eftermiddag. Dock finns det ett underutnyttjande av denna möjlighet, vilket kan bero på att arbetssättet inte är helt införd inom primärvården. Det finns dock en önskan om utökad konsultation från psykiatrin till primärvården generellt sett. En läkare i primärvården uttryckte att en optimal situation skulle vara om varje närvårdsområde hade en egen psykiatriker att vända sig till i patientärenden.



Kommentarer från enkäten

"Jag har haft kontakt med konsultpsykiatrin, det var värdefullt att få en tillförlitlig bedömning på ett enkelt sätt. Tyvärr varierar kvaliteten och kompetensen hos dagbakjourerna alltför mycket.

Jag har inte känt till att de finns! Jag har inte heller gjort något i den riktningen. Däremot tror jag att konsultationsmöjligheterna är en bra väg framåt. I framtiden skulle jag önska att vi också kan sambedöma patienter, antingen digitalt eller fysiskt. Att skapa arenor där vårdpersonal från primärvården och psykiatrin kan träffas fysiskt skulle kunna ge positiva bieffekter i samarbetet. Till exempel skulle en psykiatrikonsult som besöker patienter utanför sjukhuset kunna vara en lösning. Patienter kan ibland motsätta sig att resa till Östersund, och det innebär att de riskerar att få sämre tillgång till "rätt" vårdnivå, vilket är problematiskt.

Det är mycket svårt att delta eftersom arbetet på HC inte har några luckor, och det är svårt att komma ihåg att möjligheten finns. Ibland fungerar det att bara ringa och söka en kollega eller jour.

Personligen har jag inte fått in det i mitt arbetssätt ännu. Om ärendet blir så komplext att vi inte längre klarar av att handlägga det inom primärvårdens uppdrag, är det bättre att skriva en vanlig remiss för formellt övertag av psykiatrin. Konsultationerna ökar gråzonen mellan var gränsen går för primärvård/psykiatri.

Jag uppskattar möjligheten att diskutera med en konsult via telefon/videomöte när jag har kört fast med en patient. Då tar det inte så lång tid att få tips om byte av behandling, och det blir en bättre dialog än vid frågeremiss. Men när jag vill att psykiatrin ska ta över en patient tar det ofta lång tid innan bedömning och behandling, så jag drar mig nästan för att remittera.

Man behöver ställa konkreta frågor. Det är svårt att matcha sin egen tidbok. Det vore ännu bättre om psykiatriker även kunde bedöma patienterna – nu läser de bara igenom journalen."

Säkrare rutiner för internremisser, men vårdtagandet behöver förtydligas för patienten

Inom psykiatrin på sjukhuset används internremisser för att remittera patienter internt inom området. Förekomsten av internremisser har minskat över tid vilket beror dels på ändrat arbetssätt, dels på en sammanslagning av vissa öppenvårdsenheter. En förändring mot tidigare är att vårdansvaret kvarstår hos den enhet som skickat internremissen tills ett övertagande har skett. Tidigare förekom det ibland att patienter hamnade mellan stolarna mellan remitterande enhet och mottagande enhet. Idag uppges det förekomma ett delat vårdansvar i vissa fall, där den remitterande enheten ansvarar för vissa delar av vården medan mottagande enhet ansvarar för andra delar. En utmaning är dock att tydliggöra för patienten hur vårdansvaret är fördelat, enligt intervjuade från psykiatrin.

Utgående remisser till primärvården

Enligt intervjuade läkare inom psykiatrin kan också remisser ibland avvisas från primärvården med förklaringen att primärvården är fel vårdnivå. Detta menar läkaren kan orsaka problem för patienten och innebära ett ineffektivt resursutnyttjande för regionen. För att överbrygga problematiken behövs ökat samarbete och konsultationer mellan primärvården och den specialiserade psykiatrin på sjukhuset.

Bedömning

Svaret på revisionsfrågan om det finns tillfredsställande rutiner för hantering av inkommande och utgående remisser blir nej. Bedömningen grundar sig på följande:

- Den praktiska tillämpningen som ligger till grund för bedömningen handlar om att remisser avvisas utan tydlig förklaring och oklara avslagsbeslut. Det finns en uppenbar brist i samverkan mellan psykiatri och primärvården, vilket leder till att patienter fortfarande riskerar att hamna mellan stolarna. Bristerna är i stora drag samma som framkom vid granskningen av psykiatri som genomfördes 2005¹, vilket är anmärkningsvärt med tanke på de olika huvudöverenskommelser som upprättats sedan dess.
- Det finns också en formell brist i remisshanteringen eftersom remissbekräftelse inte alltid skickas till patienten vilket ska ske enligt Socialstyrelsens föreskrift om remisshantering.
- Införande av remissmallar och ökad konsultation i samband med remittering, samt remissbekräftelse till patient nämns som planerade åtgärder för att förbättra remissförandet.

7.3 MEDDELANDERUTINER

Revisionsfråga: Finns tillfredsställande meddelanderutiner för in- och utskrivning?

Av föregående granskning framkom att det fanns tillfredsställande meddelanderutiner, men att det fanns problematik kring att upprätthålla rutinerna, speciellt vid utskrivning med kort varsel.

Enligt intervjuade inom psykiatri finns tillfredsställande meddelanderutiner i samband med in- och utskrivning, men följsamheten till rutinerna brister ibland. För att förbättra följsamheten har man infört ledningssjuksköterskor som ska utgöra ett stöd för övrig personal när det gäller tillämpning av rutiner och riktlinjer. Dessutom har man infört metodstödjare för att dokumentera och bevaka kommunikationsverktyget Link².

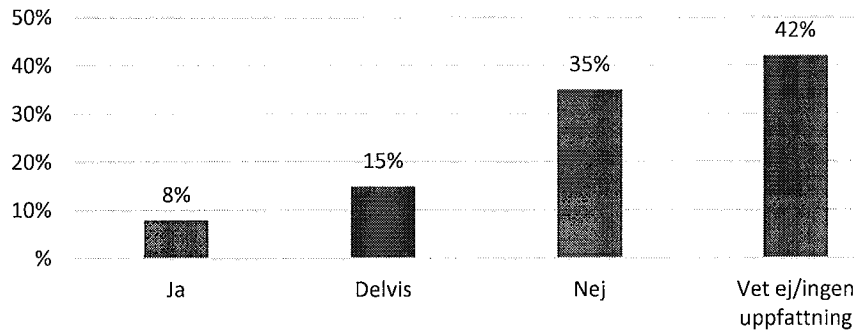
Patienter som skrivs ut från dygnetruntvården ska erbjudas en samordnad individuell plan ifall insatser behövs inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst (4). Även om det har skett förbättringar när det gäller att tillämpa samordnad individuell planering (SIP) i samband med utskrivning, finns det fortfarande en förbättringspotential. För att öka följsamheten till rutinerna har man infört SIP-ombud inom psykiatri, som ska bistå vid genomförandet av möten. En utmaning är dock att få berörda personalkategorier att hitta gemensamma tider vid planeringen av SIP.

Läkare i primärvården deltar i låg utsträckning vid upprättande av SIP, enligt enkätsvaren. Kommentarer visar att de sällan blir kallade att medverka vid SIP-möten och att det medicinska perspektivet inte alltid är så framträdande. Av enkätresultatet framgår att SIP inte används i tillräcklig omfattning, men den största andelen uppger att man inte vet eller har någon uppfattning i frågan. Samtliga intervjuade framhåller att det är en viktig del i planeringen.

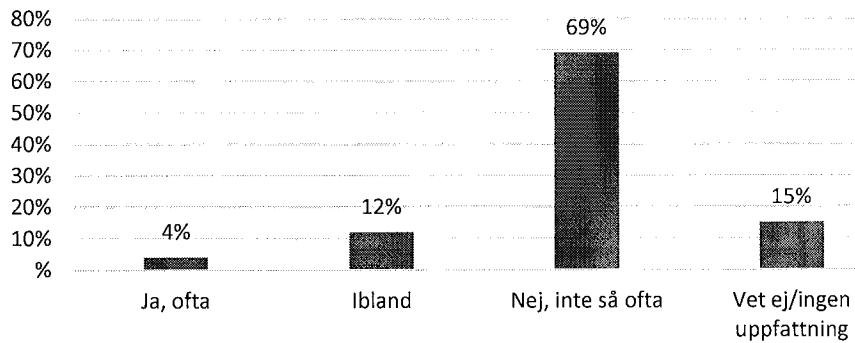
¹ Granskning av tillgängligheten till psykiatri Rev/17/2005

² Link är ett gemensamt kommunikationsverktyg som används i samband med vårdplanering gentemot kommuner och primärvården.

Anser du att SIP:ar används i tillräcklig omfattning i samband med utskrivning från specialistpsykiatrin?

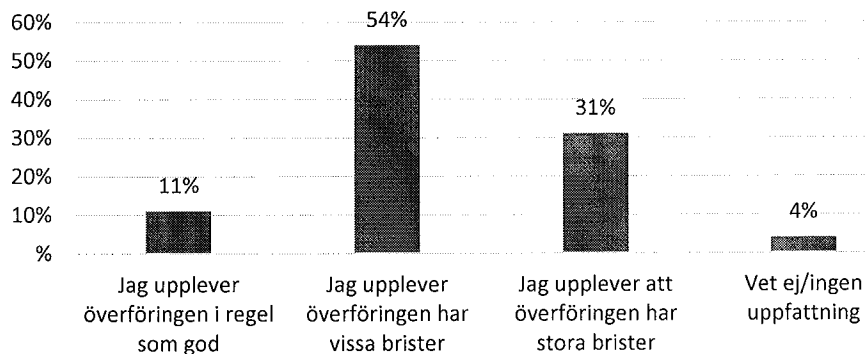


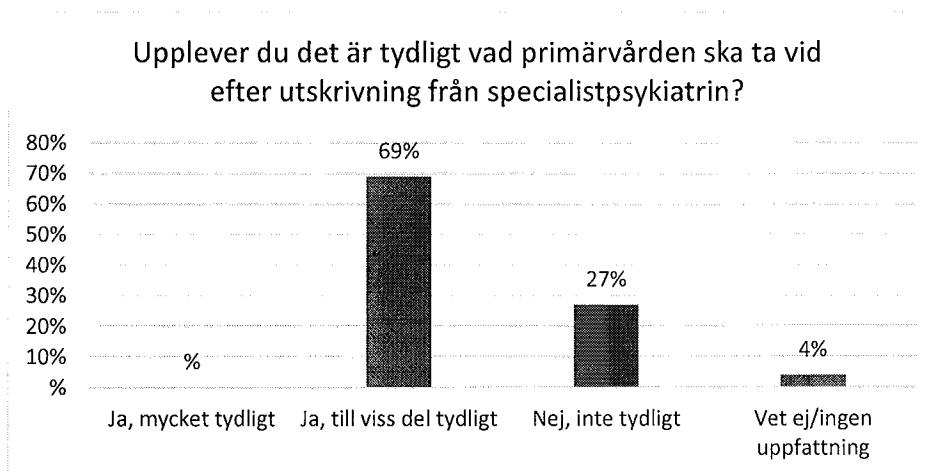
Brukar du delta vid SIP-möten vid utskrivning från psykiatrin?



Enligt intervjuer med läkare i primärvården skickas epikriser och läkemedelsberättelser normalt i samband med utskrivning från psykiatrin. Trots detta är det inte alltid tydligt hur primärvården bör agera efter utskrivningen. Enkät svar visar att det råder viss otydlighet och ibland anses primärvården vara fel instans för fortsatt behandling.

Hur upplever du informationsöverföringen från specialistpsykiatrin till primärvården med avseende på planering av vården framåt?





Kommentarer från enkäten

"Ibland upplever jag att avslut sker för snabbt. Till exempel patienter som vårdats inliggande för svår depression utskrivs ibland direkt utan tillräcklig uppföljning. Det är ofta tydligt, men alltför ofta i patientärenden där det ändå i förlängningen behövs återknytning och återremiss. Detta gäller särskilt komplexa patientfall där parallella ansvarsområden skulle vara fördelaktiga.

Det enda som är tydligt är att vi ska sjukskriva deras patienter. Jag upplever HÖK:en som det stora problemet. Nya patientgrupper ska plötsligt skötas i primärvården, trots att vi saknar kompetens för det. Utbildningsinsatser initieras inte, och vi får inte heller en budgetökning som borde följa med ökningen av patienter.

Jag upplever inte att vi ofta tar över direkt efter slutenvård från psykiatri. Om en patient överförs från öppenvård fungerar det bra med remiss, och vi kan då gå in och läsa journalen för att bilda oss en uppfattning.

Jag vet att sköterskorna ofta upplever informationen som bristfällig när de ska ge behandling till en patient som tillhör psykiatri. Till exempel vad som gäller när patienten uteblir. De tycker ofta att det är svårt att få tag på en kontaktsköterska när det behövs. Ibland får vi tydlig information om vad primärvården ska göra, men ofta ber psykiatri oss bara att ta hand om patienten utan att skriva detaljer.

Vid inläggning efter suicidprevention borde överlämning ske."

Ett önskemål som en läkare i primärvården framförde när det gäller utskrivning av patienter med långa vårdförlopp är att primärvården engageras tidigt i utskrivningsprocessen för att säkerställa en så smidig övergång som möjligt.

Egenvårdsbedömning om hjälp behövs med läkemedelsintag efter utskrivning

En del av utskrivningsprocessen är att göra en egenvårdsbedömning av läkemedelsintaget. Denna bedömning avgör om patienten kan få hjälp av kommunens hemsjukvård med läkemedelsintag efter utskrivning. Kognitiv funktionsnedsättning är inte ett kriterium för hemsjukvård och därför krävs en egenvårdsbedömning för att patienten ska få hjälp med läkemedelsintag från kommunens hemsjukvård (5). Av intervjuer framkommer att dokumentationen av denna bedömning är bristfällig, vilket medför att läkemedelsutdelning efter utskrivning i stället genomförs genom tjänsteköp av kommunen, vilket medför en extra kostnad för regionen och onödiga oklarheter i samband med utskrivning.

Bedömning

Svaret på revisionsfrågan om det finns en tillfredsställande meddelanderutin för in- och utskrivning blir delvis. Bedömningen grundar sig på följande:

- Formellt finns meddelanderutiner och åtgärder som ledningssjuksköterskor och metodstödare har införts. Trots detta blir bedömningen delvis tillfredsställande på grund av den bristande följsamheten. Framför allt uppges att följsamheten brister vid utskrivning med kort varsel. Det är ibland oklart hur primärvården ska agera efter utskrivning från psykiatrin. Dokumentationen av egenvårdsbedömningen brister. En orsak till den låga följsamheten uppges vara den höga genomströmningen av personal. Från primärvårdens sida är deltagandet lågt i samband med upprättandet av samordnad individuell vårdplan (SIP).

7.4 ANSVARFÖRDELNING MELLAN PRIMÄRVÅRD OCH PSYKIATRIN PÅ SJUKHUSET

Revisionsfråga: Finns tillfredsställande ansvarsfördelning mellan primärvård och specialiserad psykiatri i form av behandlingsöverenskommelse och vårdprogram?

Psykiatrisk vård och behandling erbjuds både inom den specialiserade psykiatrin på sjukhuset och primärvården. Förändringar inom det ena området påverkar det andra vilket gör att många processer som rör vård och behandling är områdesövergripande.

Av föregående granskning framkom att samverkan mellan primärvård och specialiserad psykiatri på sjukhuset inte fungerade på ett tillfredsställande sätt genom att parterna allt för ofta inte lever upp till ingångna överenskommelser.

Sedan den föregående granskningen har det införts divisioner för att underlätta områdesövergripande processer. I Division Nära vård ingår både primärvård och psykiatri, barn- och ungdomspsykiatrin, ungdomsmottagningen och ambulanssjukvården. Alla dessa områden påverkas av gemensamma processer för psykiatrisk vård.

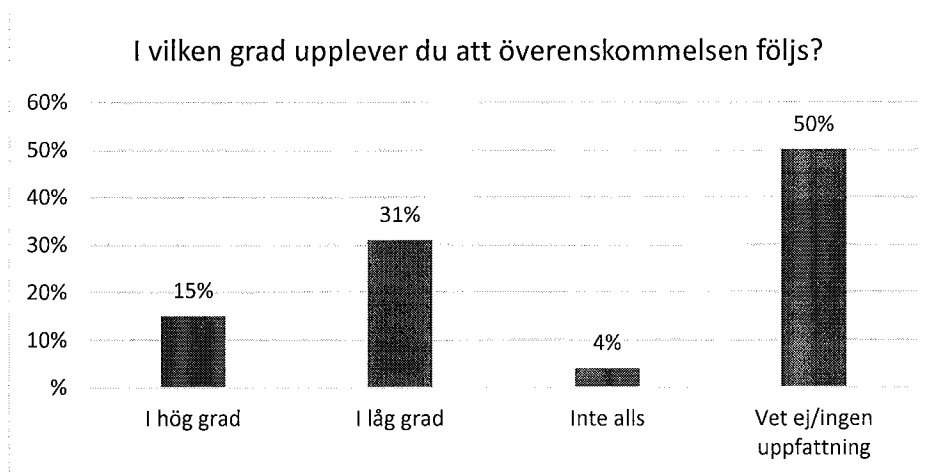
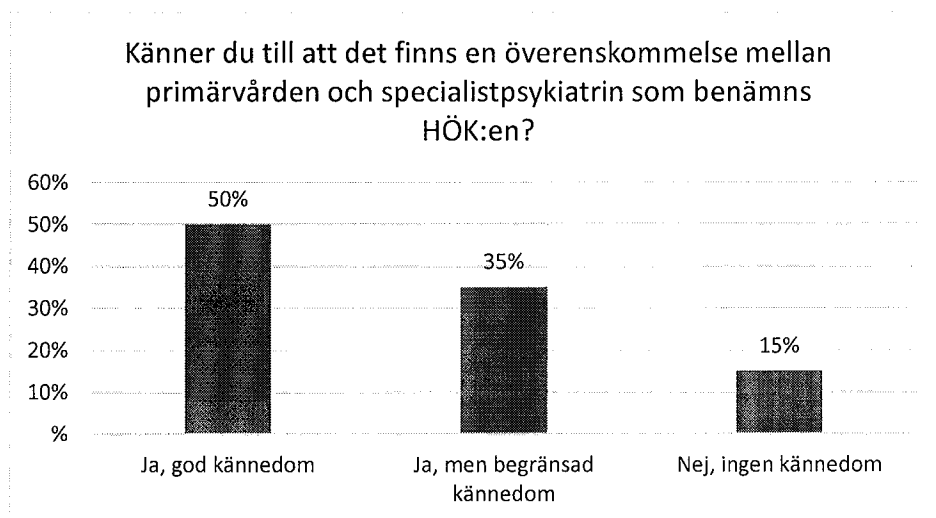
Enligt divisionschefen så har indelningen i divisioner underlättat "processtänket" på så sätt att områdescheferna sitter i samma ledningsgrupp. I ledningsgruppen finns en bra samsyn på frågorna men inom verksamheten kan dock samsynen variera.

Enligt intervjuade inom psykiatrin på sjukhuset upplever man att organisationen inte riktigt har satt sig ännu vilket bland annat beror på chefsbyten inom divisionen. På sikt tror man att indelningen i divisioner kan medföra fördelar när det gäller att utveckla samverkan och förbättra processerna. En sak de dock noterat är att chefsleden har blivit fler mellan psykiatrin och hälso- och sjukvårdsledningen vilket medfört att information måste passera flera led innan den når fram till högsta ledningen.

Huvudöverenskommelse reglerar ansvar

Det finns en huvudöverenskommelse som reglerar ansvarsfördelningen som benämns HÖK:en (6). Den senaste versionen av överenskommelsen är från 2021 och en revidering pågår för närvarande.

Enligt enkätsvaren är uppfattningen bland specialisterna i allmänmedicin att de har kännedom om överenskommelsen och att den över lag är tydlig men att tillämpningen brister.



Från psykiatrins perspektiv finns ett behov av att se över överenskommelsen, särskilt med hänsyn till nationella krav på kunskapsstyrning. Enligt intervjuad verksamhetsutvecklare inom psykiatri handlar kunskapsstyrning dels om att klargöra ansvarsfördelningen på det lokala planet. Nu befinner man sig i ett skifte mellan lokala överenskommelser och införande av vårdförlopp baserat på kunskapsstyrning, framför allt införandet av nya behandlingsriktlinjer för schizofreni.

Bedömning

Svaret på revisionsfrågan om det finns en tillfredsställande ansvarsfördelning mellan primärvård och specialiserad psykiatri i form av behandlingsöverenskommelse och vårdprogram blir nej. Bedömningen grundar sig på följande:

- Trots att det finns en dokumenterad överenskommelse gällande ansvarsfördelningen mellan psykiatri och primärvården är ansvarsfördelningen i praktiken otydlig. Detta yttrar sig i oklarheter vid remittering av patienter. Konsekvensen blir att patienter hamnar mellan stolarna vilket kan leda till fördröjd diagnos och behandling eller att patienten vårdas på fel vårdnivå. Detta medför brister i vårdkvalitet och ett ineffektivt vårdutnyttjande.

7.5 VÄRDKEDJOR

Revisionsfråga: Sker ett systematiskt arbete med att identifiera och utveckla vårdkedjor mellan dygnetruntvård, öppenvård och primärvård?

Av föregående granskning framkom att det pågick utvecklingsarbete med vårdprocesser inom vuxenpsykiatrin men att det enbart undantagsvis sträckte sig utöver det egna verksamhetsområdet.

Enligt intervjuer pågår olika utvecklingsprojekt för att förbättra vårdkedjor mellan den specialiserade psykiatrin och primärvården samt även inom den specialiserade psykiatrin. En utmaning för utvecklingsarbetet är bristen på fast personal, främst när det gäller psykiatrikernas deltagande i utvecklingsarbetet.

Det har sedan tidigare inrättats ett lokalt programområde för psykisk hälsa som en del av kunskapsstyrningen men arbetet var pausat vid den tidigare granskningen. Nu har programområdet börjat arbeta och fungerar som det ska. Sammansättningen består av representanter inom från primärvård, specialiserad psykiatri och BUP (barn- och ungdomspsykiatri). Inom programområdet finns en utsedd arbetsgrupp, LAG (Lokal arbetsgrupp), som arbetar med att revidera HÖK:en.

Övergång mellan BUP och vuxenpsykiatri

Vårdutvecklaren inom psykiatrin informerar om ett pågående förbättringsprojekt som rör övergången från barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) till vuxenpsykiatrin. Med anledning av avvikelser, som har sin bakgrund i brister vid övergången mellan BUP och vuxenpsykiatrin, har en rutin utformats som områdesledningarna för BUP och vuxenpsykiatrin antagit. För att underlätta övergången genomförs numera ett läkarbesök inom BUP inför övergången och en vårdkontakt utses inom psykiatrin, vanligtvis en sjuksköterska. Dessutom ska en samordnad individuell vårdplan (SIP) upprättas inför övergången.

Överenskommelse om samverkan kring patienter med psykiskt funktionshinder

Enligt Socialtjänstlagen och HSL ska kommuner och regioner ingå en överenskommelse för samverkan kring patienter med psykiskt funktionshinder. I tidigare granskning har det framkommit kritik mot att överenskommelsen inte ger stöd i det praktiska arbetet utan snarare fungerar som ett dokument som hänvisar vidare till andra regelverk. Överenskommelsen uppges vara under revidering, bland annat med hänsyn till den framförda kritiken.

Förberedelser utifrån samsjuklighetsutredningen

Tidigare granskningar har pekat på brister i samverkan när det gäller personer med samsjuklighet, särskilt när det handlar om missbruksproblem och psykiatriska diagnoser. När vi frågar vilka åtgärder som hittills har vidtagits sedan den förra granskningen, svarar de intervjuade att de har avvaktat beslutet av samsjuklighetsutredningen, en statlig utredning som syftar till att klargöra ansvarsförhållandena för denna patientgrupp³.

³ Samsjuklighetsutredningen syftade till att förbättra vården och stödet för personer med samsjuklighet, dvs. personer som har både en psykiatrisk diagnos och skadligt bruk eller beroende. Utredningen föreslog en omfattande reform för att skapa samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser. Bland förslagen ingår att regionerna ska ta ansvar för all behandling av skadligt bruk och beroende, samt att vården ska samordnas med behandling och för andra psykiska tillstånd. Regeringen.se

Samsjuklighetsutredningen fokuserar på samordnade insatser inom vård, behandling och stöd för personer med både missbruk eller beroende och psykiatriska diagnoser eller närstående tillstånd. Enligt utredningens förslag bör huvudmannskapet för vård och behandling övergå till regionerna. Om nationellt beslut fattas baserat på utredningens förslag skulle det kräva ökade insatser från regionerna (7).

Divisionschefen för Division Nära vård svarar på frågan om hur regionen förberett sig, att nödvändiga åtgärder fortfarande till stor del kvarstår att genomföra. Utmaningen ligger i att frigöra resurser när man ännu inte vet om utredningens förslag kommer att realiseras samtidigt med regionens ansträngda ekonomiska situation som begränsar vilka satsningar som kan genomföras.

Enligt verksamhetschefen för område psykiatri pågår vissa förberedande åtgärder. Ett förslag är att utse två koordinatörer, en representant från regionen och en från kommunerna, för att förbereda samsjuklighetsutredningen och leda arbetet med att revidera överenskommelsen om riskbruk, missbruk och beroende. Dessutom planeras en gemensam utbildningsdag med fokus på beroendefrågor för psykiatri, primärvård och kommuner, där alla medverkar och deltar. Verksamhetschefen nämner också att man regelbundet har möten med kommunerna där samverkansfrågor diskuteras.

Utvecklingsamordnaren på kommunförbundet bekräftar att det finns utsedda grupper för att diskutera och komma till rätta med brister när det gäller samsjuklighet. Han nämner i sammanhanget att överenskommelsen om psykiska funktionshinder är under revidering i syfte att bli mer konkret.

I samband med faktagranskningen framhåller områdeschefen att område psykiatri (vuxenpsykiatri) arbetat i riktning mot samsjuklighetsutredningen och narkotikautredningen. Bedömningen från hennes sida är att det förberedande arbetet behöver påbörjas på ett mer genomgripande sätt och att det inte enbart ligger inom specialistpsykiatriens uppdrag. En verksamhetsutvecklare på 50 procent har tillsatts från och med 1 september 2023, med fokus på samverkan och särskilt fokus på samsjuklighets- och narkotikautredningen.

Områdeschefen nämner vidare i faktagranskningen att beroendemottagningen har initierat och startat samverkansträffar med primärvård och socialtjänst i alla kommuner. Utifrån resultaten från dessa träffar har utbildningsinsatser genomförts för både primärvård och specialistvård för att öka kunskapen inom området. Förbättrade kontaktvägar till beroendemottagningen har också arbetats fram med möjlighet till daglig konsultation med sjuksköterska.

Det pågår arbete med att tydliggöra vårdprocessen inom specialistvården på beroendemottagningen, där remisshantering är en del, samt att klargöra gränsdragningen för uppdraget i relation till samverkande parter uppdrag, vilket också nämns i faktagranskning.

Att mötet med patienten sker närmare patientens boende är en framgångsfaktor

För att förbättra tillgängligheten och effektivisera den psykiatriska vården bör patienten erbjudas vård och behandling närmare sin bostadsadress, enligt uppgift. För att uppnå detta är det också viktigt att öka dialogen och samverkan mellan specialiserad psykiatri och primärvården, enligt intervjuad distriktsläkare. En möjlig åtgärd är att utveckla konsultpsykiatri och ge primärvårdsläkaren en direkt ingång till psykiatri, exempelvis ge-

nom kontakt med mottagningen för psykiskt funktionshinder. Innan detta kan ske behöver primärvården dock öka sin kompetens inom psykiatri och en del av denna kompetensutveckling kan ske via specialistpsykiatrin.

Intervjuad personal inom specialistpsykiatrin delar bilden av att vården bör närma sig patienten, och de anser att mer kan utföras inom primärvården. För att underlätta direktkontakt med läkare inom psykiatrin kommer ett nytt sökarsystem att införas i höst. Dessutom har intervjuade personer inom psykiatrin vidtagit åtgärder, såsom kontakter gentemot primärvården och genomförda utbildningsinsatser, för att primärvården bättre ska kunna möta patienter med beroendeproblematik närmare deras hemort.

Brukarföreningarna efterlyser bättre struktur för sitt deltagande

Enligt brukarföreningarna nyttjas inte deras erfarenheter och kunskaper på ett optimalt sätt i det systematiska kvalitetsarbetet. De efterfrågar en mer strukturerad möjlighet att delta och påverka i utvecklingsarbetet, särskilt när det gäller kvalitetsuppföljning. Brukarföreningarna framför även önskemål om att delta på systemnivå, på ett övergripande plan i utvecklingsarbetet. De vill att patienter i kvalitetsuppföljningar får möjlighet att uttrycka om de har blivit hjälpta av de insatser som genomförts under behandlingstiden.

Intervjuade inom psykiatrin anser att behov av utökat medverkande från patientföreningar vore bra men det finns en problematik kring frågeställningar om patienten anser sig ha fått hjälp. Vissa menar att det finns patienter som aldrig upplever att de fått hjälp, och i vissa fall kan detta vara en del av sjukdomsbilden.

Förbättringsförslag gällande samverkan

I enkäten ställde vi frågan om man hade några förbättringsförslag när det gäller samverkan mellan specialistpsykiatrin och primärvården och det framkom följande förslag i kortform:

- Ökad kontinuitet och läkartäthet.
- Stöttning vid remisser bör utvecklas.
- Undvika hastig utskrivning av patienter som vårdats ineliggande för depression.
- Lättillgängliga kontaktvägar och strukturerad samverkan är önskvärt.
- Fast personal på psykiatrin för bättre samverkan.
- SIP (Samordnad Individuell Planering) bör öka.
- Möjlighet till specialistpsykiatrisk bedömning vid besök på psykiatrin.
- Primärvården bör vara delaktig i framtagandet av riktlinjer.
- Digital SIP vid utskrivning skulle underlätta.
- Bättre information om patienten vid utskrivning och behov av fler SIP-möten.
- Införa en psykiatrikonsult som bedömer patienter ute på hälsocentralerna skulle vara värdefull.

Utdrag från enkäten

"En viktig förbättringsfaktor är ökad kontinuitet och läkartäthet inom psykiatrin. Samverkan med äldrepsykiatri och åtstörningsvård fungerar väl där det finns. Jag upplever dock att stöttningen vid remisser ibland är bristfällig och varierar beroende på vem som besvarar remissen. Det är ofta stöttning och vägledning kring fortsatt behandling som behövs, men det kan vara bristfälligt emellanåt. Tyvärr har patienter som vårdats ineliggande för depression ibland blivit hastigt utskrivna, vilket skapar högt tryck på primärvården när uppföljningsansvaret hamnar hos oss för patienter som egentligen hör hemma inom psykiatrin. För att förbättra samverkan föreslår jag lättillgängliga kontaktvägar och mer strukturerade remiss- och behandlingskonferenser. Det är viktigt att se ett gemensamt ansvar för patienterna oavsett vårdnivå. Samverkan fungerar bäst när man kommer i kontakt med fast personal på psykiatrin, medan det är sämre när det är stafetter som är bakjour. Jag har även kommentarer angående tidigare frågor. SIP (Samordnad Individuell Planering) har hänt ett fåtal gånger de senaste 25 åren. Blivande specialister i psykiatri (ST-läkare) bör arbeta på en hälsocentral i 3-6 månader under år 4 eller 5. De bör dela med sig av sina kunskaper och resonera om "gränsen". Det är inte ovanligt att ärenden/patienter behöver båda vårdnivåerna, och det skulle vara bättre med en mer "levande" kommunikation mellan personal som faktiskt känner till patienten och deras kompetens, men den kvaliteten saknas ofta. SIPar är bra, men jag upplever att den medicinska behandlingen ibland hamnar i skymundan, och fokus ligger på insatser upp till sjuksköterskenivå. Det vore bra med möjlighet till specialistpsykiatrisk bedömning av patienter som besöker psykiatrin, utan att det nödvändigtvis betyder att de tar över patienten. Konsultbedömningar görs ju utan psykiatrikers direkta bedömning av patienten, baserat på undersökning av läkare i primärvården. Låt oss vara delaktiga i framtagandet av riktlinjer. Om mer ska skötas i primärvården måste vi få en del av psykiatrins resurser. När det bokas SIP för komplexa patienter som har kontakt både i primärvård och psykiatri är det ofta som psykiatrin inte svarar, och huvudsyftet med SIP är att det behövs mer engagemang från psykiatrin. Jag upplever att vi i primärvården skarvar och buffrar när det tar för lång tid att få kontakt/uppföljning i psykiatrin. Det tar ofta lång tid innan psykiatrin reagerar/svarar på meddelanden i LINK från kommunen. Att ha en digital SIP vid utskrivning vore bra för att vara överens om vad som gjorts och vad man gör om det inte fungerar så bra efter utskrivning. Jag har hört att psykiatrin använder vårdplaner i Cosmic, men jag har aldrig sett någon, så det vore bra att informera oss i primärvården när det finns en vårdplan som vi bör känna till. Bättre information om patienten vid utskrivning och oftare SIP-möten för diskussion om vidare vård. SIP: Det känns som att remisser studsar inom psykiatrin. De tas emot av akutpsykiatri men avvisas sedan på enheten. Svårt med samsjuklighet av olika psykiatriska diagnoser. Då tar ingen sektion patienten"

Bedömning

Svaret på revisionsfrågan om det sker ett systematiskt arbete med att identifiera och utveckla vårdkedjor mellan slutenvård, öppenvård och primärvård blir delvis. Bedömningen utgår från följande:

- Granskningen av psykiatrin visar att det pågår ett systematiskt arbete med att utveckla vårdkedjor mellan slutenvård, öppenvård och primärvård, men det finns delar i arbetet som inte helt överensstämmer med Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete. Brukarföreningarnas deltagande i kvalitetsarbetet är otillräckligt, vilket kan leda till att viktiga perspektiv inte inkluderas. Brister i dokumentation och brister i uppföljning av statistik försvårar identifiering och åtgärdande av problem, vilket kan påverka vårdkvaliteten och patientsäkerheten negativt.

7.6 UPPFÖLJNING OCH KONTROLL AV FÖLJSAMHETEN

Revisionsfråga: Finns en tillfredsställande uppföljning och kontroll av följsamheten till behandlingsöverenskommelser, meddelanderutiner och remissrutiner?

I den föregående granskningen framkom att uppföljning och kontroll av följsamheten till meddelande rutiner och remissrutiner inte var tillfredsställande. På frågan hur man bedriver uppföljning och kontroll av fastställda rutiner och riktlinjer svarar intervjuade inom psykiatrin på sjukhuset att detta sker på flera sätt. För det första genom inrättande av en ledningssjuksköterska med uppgift att bland annat kontrollera följsamheten. För det andra används daglig styrning med Gröna Korset inom delar av psykiatrin, där avvikelser som inträffat under det senaste dygnet tas upp för diskussion. För det tredje används strukturerade journalgranskningar för att synliggöra avvikelser från rutiner och riktlinjer. Utredning av rapporterade avvikelser är en annan del av uppföljning och kontroll av följsamhet. Dessutom används verktyget Stratsys för uppföljning.

Av intervjuer framkommer dock att följsamheten fortfarande brister och att detta till stor del har sin grund i att det är en så pass stor genomströmning av personal vilket medför en utmaning att informera om gällande rutiner och riktlinjer.

Bedömning

Svaret på revisionsfrågan om det finns en tillfredsställande uppföljning och kontroll av följsamheten till behandlingsöverenskommelser, meddelanderutiner och remissrutiner blir delvis. Bedömningen grundar sig på följande:

- Kontrollen av följsamheten inom psykiatrin i Region Jämtland Härjedalen överensstämmer delvis med Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete genom användning av metoder som daglig styrning med Gröna Korset, strukturerade journalgranskningar och utredning av avvikelser. Verktyget Stratsys används också för uppföljning. Dock finns det brister, särskilt på grund av hög personalomsättning, vilket gör det svårt att säkerställa att alla är informerade och följer rutiner och riktlinjer. Detta kan leda till försämrad vårdkvalitet, ökad risk för avvikelser och ineffektiv resursanvändning.

7.7 UPPFÖLJNING OCH ÅTERREDOVISNING

Revisionsfråga: Finns en tillfredsställande uppföljning och återredovisning av tillgängligheten?

Tidigare granskning visade att det fanns brister i statistiken avseende tillgängligheten. Den senaste granskningen visar att dessa brister fortfarande förekommer men att ett utvecklingsarbete pågår. En del av detta arbete är att åtgärda felaktig registrering, där utbildning och information ingår som åtgärder.

En inventering av köerna pågår också för att få en mer korrekt bild av hur köerna ser ut. Enligt vårdutvecklaren ingår det personer i kön som inte aktivt väntar på psykiatri och borde rensas från den statistik som presenteras. En utmaning med att förbättra kvaliteten i statistiken har varit de täta bytena av IT-stöd för uppföljning och kontroll som medfört att utvecklingsarbetet har försenats. Enligt vårdutvecklaren måste tillgänglighetsuppgifter, som psykiatri använder för intern verksamhetsutveckling, tas fram manuellt. Detta är resurskrävande och utgör därför en brist i det långsiktiga kvalitetsarbetet.

Redovisning av tillgängligheten helår 2023

I område psykiatri årsredovisning för 2023 redovisades måluppfyllelsen för ett första besök och behandling inom 90 dagar till cirka 90 procent mot målvärdet 100 procent. Måluppfyllelsen för behandling var 34 procent. Av kommentarerna framgår att väntetiden till neuropsykiatrisk utredning inte omfattas av vårdgarantin och uppgifterna har därför exkluderats i måluppfyllelsen. I samband med faktagranskningen framkommer att dessa uppgifter redovisas i eget avsnitt inom vuxenpsykiatri.

Måluppfyllelsen för återbesök var 85 procent mot målvärdet minst 90 procent. Under 2023 genomfördes cirka 86 procent av återbesöken inom det medicinska måldatumet. Under 2023 genomfördes cirka 35 260 återbesök.

I samband med faktagranskning framkommer att tillgänglighetssiffrorna som redovisas i månadsrapporten för behandling endast baseras på den nationella mätningen. Detta innebär att hela vårdflödet inte är inkluderat, och verksamheten kan idag inte ta fram siffror för tillgänglighet till beslutad behandling.

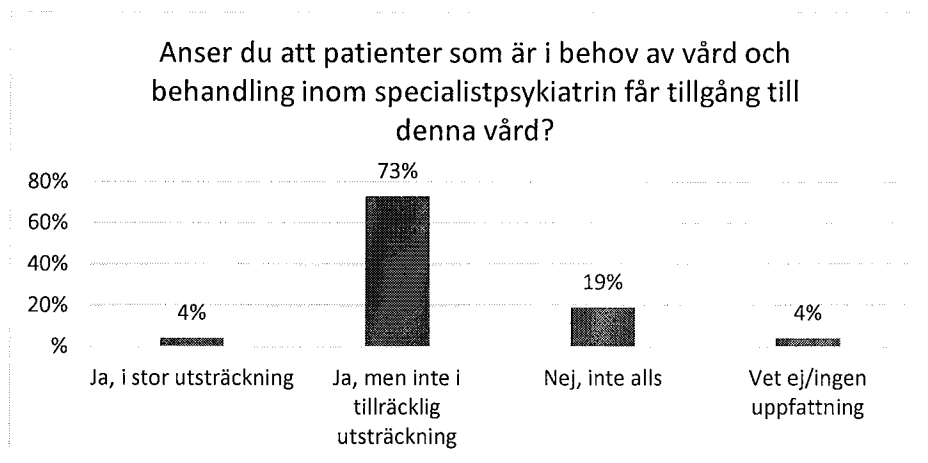
I hälso- och sjukvårdsnämndens årsredovisning finns i löpande text en särskild redovisning av tillgängligheten till psykiatri för ett första besök och behandling. När det gäller redovisningen av måluppfyllelsen för genomförd behandling har dock siffrorna blandats ihop med återbesök, vilket gör dem missvisande.

Tertialrapport för april 2024

I område psykiatri tertialrapport för april 2024 framgår att måluppfyllelsen för ett första besök uppgår till 81 procent vilket är lägre än för helåret 2023. Målet redovisas dock som uppfyllt, vilket beror på att målvärdet minskats från 100 procent till 64 procent. Utfallet gällande andelen återbesök inom medicinskt måldatum är oförändrat jämfört med 2023. Utfallet av genomförda behandlingar uppgår till 50 procent vilket är en förbättring jämfört med 2023. Även för detta mål har målvärdet sänkts från 100 procent till 62 procent. Båda tillgänglighetsmålen redovisas som gröna och därmed uppfyllda.

I hälso- och sjukvårdsnämndens tertialrapport finns ingen särskild redovisning av tillgängligheten till vuxenpsykiatri. Vid en genomgång av hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll och månadsrapporter till och med maj 2024 har vi inte kunnat se några specifika redovisningar gällande tillgängligheten för vuxenpsykiatri. Av nämndens uppföljningsplan framgår det inte heller att någon specifik uppföljning kommer att ske av psykiatri under året.

Primärvården fungerar som första linjens psykiatri och specialister i allmänmedicin kommer ofta i kontakt med patienter som är i behov av specialistpsykiatri. På enkätfrågan om hur de upplever tillgängligheten till specialistpsykiatri svarar en klar majoritet att behandling inom specialistpsykiatri inte ges i tillräcklig utsträckning.



Bedömning

Svaret på revisionsfrågan om det finns en tillfredsställande uppföljning och återredovisning av tillgängligheten blir delvis. Bedömningen utgår från följande:

- Trots pågående utvecklingsarbete och olika metoder för uppföljning och kontroll, finns det fortfarande betydande utmaningar i återrapportering av tillgängligheten, särskilt på grund av brister i statistiken. Det kvarstår därför åtgärder att vidta för att uppnå en tillfredsställande uppföljning och återredovisning av tillgängligheten.
- Återrapporteringen till hälso- och sjukvårdsnämnden indikerar på att tillgängligheten till specialistpsykiatrin är på en tillfredsställande nivå. Specialistläkare inom allmänmedicin anser emellertid att patienter som är i behov av specialistpsykiatrin inte i tillräcklig omfattning får tillgång till denna vård. Detta indikerar att rapporteringen till nämnden inte överensstämmer med hur verkligheten ser ut och därför brister nämndens interna kontroll i detta avseende.

7.8 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Granskningens syfte har varit att ta reda på om de brister som identifierats i den tidigare granskningen från 2021 blivit åtgärdade.

Vår sammanfattande bedömning är att åtgärder delvis har vidtagits. Det finns en strategi och planering för att nå tillgänglighetsmålen, men åtgärderna har inte helt löst problemen med långa väntetider och personalbrist. Remisshantering brister, vilket leder till att remisser fortsättningsvis avvisas utan förklaring. Meddelanderutiner finns, men följsamheten är låg, särskilt vid utskrivning med kort varsel. Ansvarsfördelningen mellan primärvård och psykiatri är fortsatt otydlig, vilket gör att patienter hamnar mellan stolarna. Utvecklingsprojekt pågår för att förbättra vårdkedjor, men det finns brister i dokumentation och brukarföreningarnas deltagande. Uppföljning och kontroll av rutiner sker men hög personalomsättning försvårar följsamheten. Statistiken har brister och återrapporteringen till nämnden ger inte en verklig bild av tillgängligheten.

Vi rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att:

(Rekommendationer ska ses som förslag till förbättringsåtgärder)

Strategi och planering

- Ökade insatser för rekrytering och åtgärder för att behålla kvalificerad personal, såsom psykiatriker och sjuksköterskor. Detta kan innebära förbättrade arbetsvillkor, konkurrenskraftiga löner och karriärutvecklingsmöjligheter.
- Regelbundet utvärdera tillgänglighetsmålen och justera dem baserat på aktuella behov och resurser. Detta säkerställer att målen är realistiska och ändamålsenliga för den verksamhet de ska spegla.
- Utred om primärvården kan utgöra en del i de psykiatriska öppenvårdsteamerna för att minska restiden och optimera patienttiden.
- Fortsätta det pågående arbetet med att utreda vårdplatsbehovet och lokalfrågan i övrigt.

Remisser

- Inför standardiserade remissmallar i utökad omfattning för att säkerställa att alla nödvändiga uppgifter inkluderas i remissen. Detta kan minska antalet avvisade remisser och förbättra kvaliteten på remisserna.
- Öka möjligheterna för konsultation mellan primärvård och psykiatri för att minska avvisade remisser.

Meddelanderutiner

- Implementera regelbundna utbildningar och uppföljningar för att säkerställa att meddelanderutiner följs. Detta kan inkludera workshops och e-lärande moduler.
- Förbättra dokumentationen av egenvårdsbedömningar och andra viktiga uppgifter vid utskrivning. Detta kan göras genom att införa digitala verktyg och standardiserade formulär.
- Öka användningen av samordnad individuell plan (SIP) och säkerställ att alla relevanta parter deltar. Detta kan innebära att skapa tydliga riktlinjer och att möjliggöra att genomförandet kan ske digitalt.

Ansvarsfördelning

- Revidera och tydliggör huvudöverenskommelsen (HÖK) för att säkerställa att ansvarsfördelningen är tydlig och följs. Genomför regelbundna uppföljningar av överenskommelsen.
- Skapa strukturerade forum för regelbunden kommunikation och samverkan mellan primärvård och psykiatri. Detta kan inkludera gemensamma möten och arbetsgrupper.

Utveckla vårdkedjor

- Öka brukarföreningarnas deltagande i kvalitetsarbetet för att säkerställa att deras perspektiv inkluderas. Detta kan göras genom att bjuda in dem till möten och arbetsgrupper på strategisk nivå och genomförande av brukarrevisioner.
- Säkerställ att all dokumentation är korrekt och uppdaterad för att underlätta uppföljning och förbättringar. Detta kan innebära att införa digitala system och regelbundna granskningar.
- Fortsätt utveckla och implementera vårdprocesser som förbättrar övergångar mellan olika vårdnivåer. Detta kan inkludera att skapa tydliga riktlinjer och utbilda personalen.

Kontroll av följsamhet

- Genomför regelbundna uppföljningar och granskningar för att säkerställa att rutiner och riktlinjer följs. Detta kan inkludera interna revisioner och kvalitetskontroller.
- Erbjud kontinuerlig utbildning för att säkerställa att all personal är medveten om och följer gällande rutiner och riktlinjer. Detta kan göras genom workshops och e-lärande moduler.

Uppföljning

- Arbeta för att förbättra kvaliteten på statistiken genom att säkerställa korrekt registrering och uppföljning. Detta kan innebära att införa digitala verktyg och utbilda personalen i korrekt inmatning av uppgifter.
- Implementera och stabilisera IT-stöd för uppföljning och kontroll för att underlätta arbetet. Detta kan inkludera att införa nya system och säkerställa att de fungerar effektivt.

7.8.1 Svar på revisionsfrågorna

| Revisionsfråga | Svar | Kommentar |
|---|--------|---|
| Finns en strategi/planering för hur beslutade tillgänglighetsmål ska nås? | Delvis | Det finns en strategi och planering, men dessa har inte löst problemet. |
| Finns tillfredsställande rutiner för hantering av inkommande och utgående remisser? | Nej | Den praktiska tillämpningen ligger till grund för bedömningen vilket handlar om att det i praktiken råder oklarheter. |
| Finns en tydlig ansvarsfördelning mellan primärvård och specialiserad | Nej | I praktiken brister ansvarsfördelningen. |

| | | |
|---|--------|--|
| psykiatri på sjukhuset i form av behandlingsöverenskommelser och vårdprogram? | | |
| Sker ett systematiskt arbete med att identifiera och utveckla vårdkedjor mellan dygnetruntvård, öppenvård och primärvård? | Delvis | Det pågår ett systematiskt arbete men brukarföreningarnas deltagande brister och det brister i statistikuttag. |
| Finns en tillfredsställande uppföljning och kontroll av följsamheten till behandlingsöverenskommelser, meddelanderutiner och remissrutiner? | Delvis | Det finns en kontroll av följsamheten, men det finns brister i detta vilket främst beror på hög personalströmning. |
| Finns en tillfredsställande uppföljning och återredovisning av tillgängligheten? | Delvis | Utvecklingsarbete pågår, men åtgärder kvarstår att genomföra. |

8 KVALITETSSÄKRING

Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har (har givits möjlighet att) faktagranskat lämnade uppgifter som finns med i revisionsrapporten.

Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

9 UNDERTECKNANDE

Projektledare:



Jan-Olov Undvall
Certifierad kommunal revisor

Kvalitetssäkring:



Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

10 REFERENSER

1. **Capire.** Granskning av psykiatrin. 2022. Rev/16/2021.
2. **Region Jämtland Härjedalen.** Revidering av plan och budget 2024 Hälso- och sjukvårdsnämnden. HSN/1798/2023.
3. —. Riskbedömning inför sommaren 2024.
4. **Riksdagen.** Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård - Lag (2017:621).
5. **Region Jämtland Härjedalen.** Läkemedelshantering - Bilaga 10 till hemsjukvårdsavtalet.
6. —. HÖK - Huvudöverenskommelse om ansvar- och uppgiftsfördelning mellan primärvård och område psykiatri. 2021. Reg. nr. Centruri:45323 .
7. **Regeringen.** Samsjuklighetsutredningen .
8. **Region Jämtland Härjedalen.** Årsredovisning 2023 Psykiatri.
9. —. Årsredovisning 2023 Division Nära vård .
10. —. Patientsäkerhetsberättelse Psykiatri. 2023.
11. —. Verksamhetsplan 2024 Psykiatri.
12. **Härjedalen, Region Jämtland.** Tertialrapport april 2024 Psykiatri.
13. **Region Jämtland Härjedalen.** Tertialrapport april 2024 Hälso- och sjukvårdsnämnden. HSN/794/2024.
14. —. Överenskommelse om samarbete mellan kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen gällande personer med psykisk funktionsnedsättning 2021-2023. RUN/426/2021.
15. **PROCYON.** Genomlysning av Region Jämtland Härjedalens psykiatriska verksamheter . 2018.
16. **Region Jämtland Härjedalen.** Remisshantering - Område Psykiatri. Reg.nr. Centuri: 56334.
17. —. Remisshantering - Psykiatrisk akutmottagning. Reg.nr.Centuri: 51834.
18. —. Checklista- utskrivning psykiatri heldygnsvård. Reg.nr.Centuri:52408.
19. —. Checklista - inskrivning psykiatrisk heldygnsvård. Reg.nr.Centuri: 52407.
20. —. Riktlinjer för samarbete vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården . Reg:nr.Centuri: 42702.
21. —. Rutin och Manual för cosmic Link - planering vid utskrivning från sjukhus inklusive SIP. Reg.nr. Centuri: 67681.

22. —. Prehospital psykiatri Regin Jämtland Härjedalen .
23. —. Rapport Vårdförlopp Schizofreni- förstagångsinsjuknande.
24. —. GAP- analys Schizofreni förstagångsinsjuknande.
25. —. SIP - processen .
26. —. Att förbereda SIP-möte - målformulering.
27. —. Checklista SIP- område psykiatri. Reg.nr.Centuri:2205-18.
28. —. Tillämpningsanvisningar för samordnad vårdplanering, psykiatrisk tvång i öppenvård . Reg.nr.Centuri:14590-3.
29. —. Invånarmedverkan. RS/200/2023.
30. **Regeringen.** God och nära vård - rätt stöd till psykisk hälsa - betänkande av utredningen samordnad utveckling för god och nära vård . SOU 2021:6.
31. **Vård- och omsorgsanalys.** En för alla - erfarenheter av patientmedverkan i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. ISBN:978-91-88935-92-2.
32. **Socialstyrelsen.** Socialstyrelsens föreskrifer (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patineter inom hälso- och sjukvården.
33. **Sveriges kommuner och landsting.** Vägledning - ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
34. **Jonsson, Lars-Åke.** Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer. ISBN 978-91-39-11592-2.
35. **m.fl., Lars Lundgren.** Nya sociallagarna med kommentarer. ISBN-978-91-39-11596-0.
36. **Region Jämtland Härjedalen.** Plan och budget 2024 Hälso- och sjukvårdsnämnden. HSN/1798/2023.
37. **NSPH - Nationell samverkan för psyksik hälsa.** Patienters och anhörigas erfarenheter av psykiatrins tvångsvård och tvångsåtgärder.
38. **SKR, Sveriges kommuner och regioner.** Psykiatrin i siffror - kartläggning av vuxenpsykiatrin 2022.
39. **Härjedalen, Region Jämtland.** Svar på revisorernas granskning av psykiatrin. 2022. HSN/374/2022.