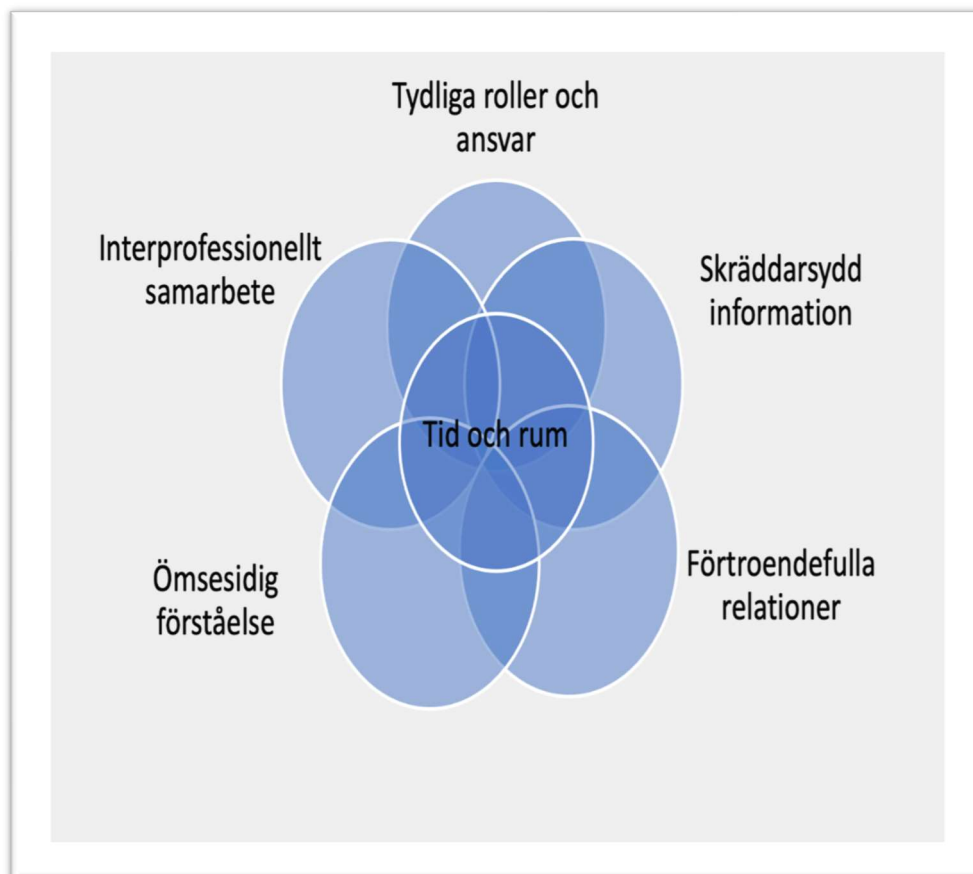


Granskning av samverkan primärvård vuxenpsykiatri

Revisionsrapport

Region Dalarna



Endredi Konsultation AB

2024-11-04

Antal sidor 28

Antal bilagor 3

Endredi Konsultation AB

*Ställer rätt frågor och
lämnar effektiva förslag*

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning och rekommendationer	1
1.1	Övergripande revisionell bedömning	3
1.2	Rekommendationer	3
2	Inledning/bakgrund	3
2.1	Övergripande revisionsfråga och revisionsfrågor	4
2.2	Avgränsning	4
2.3	Projektorganisation/granskningsansvariga	4
2.4	Metod	5
3	Resultat av granskningen	5
3.1	Styr signaler, riktlinjer och formell ansvarsfördelning med relevans för samverkan	5
3.2	Regionens organisation och strukturella initiativ för samverkan	9
3.3	Samverkan och övrigt arbete i praktiken, med de patienter som främst är beroende av en välfungerande samverkan	12
3.4	Data om samverkan och om tillgänglighet	19
3.5	Uppföljning och utveckling	22
4	Svar på övergripande revisionsfråga och revisionsfrågor	24
	Bilaga 1 Metod	
	Bilaga 2 Analysmodell	
	Bilaga 3 Datasammanställning	

1 Sammanfattning och rekommendationer

Denna granskning har haft som syfte att ge revisorerna underlag för att bedöma om ansvarsfördelning och samverkan mellan vuxenpsykiatri (såväl öppen som sluten psykiatri) och primärvården är ändamålsenlig och säkerställer att patienter med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom får tillgång till en adekvat vård i hela länet.

Inom division psykiatri finns relevanta etiska riktlinjer för bemötande och förhållningssätt till patienter och anhöriga men i granskningen framkommer behov av att i vissa situationer bättre anpassa verksamhetens förhållningssätt till patienter med kognitiva och eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Detta gäller både psykiatri och primärvården.

För Regionens vårdcentraler finns en riktlinje för psykologiskt behandlingsarbete hos vuxna patienter med psykisk ohälsa. Behandlingarna ska utgå ifrån nationella riktlinjer och vård- och insatsprogram. Ett fokus finns på egenvård, internetbaserad vård, korta behandlingsinsatser och KBT¹. Inga explicita skrivningar framgår om när och hur läkning ska vara ambitionen med stöd och behandling

Mot bakgrund av att en strukturerad resultatuppföljning saknas är det också oklart om behandlingsutbudet och de faktiska insatserna är tillräckliga och ger tillfredsställande resultat. Motsvarande avsaknad av strukturerad resultatuppföljning finns även inom vuxenpsykiatri. Det är alltså angeläget att en sådan resultatuppföljning snabbt införs som både divisionschefen för primärvården och divisionschefen för psykiatri och habilitering har ambitioner att göra. En del i detta bör vara långtidsuppföljning av färdigbehandlade patienter.

I huvudsak finns formell dokumentation om hur samverkan ska fungera. Däremot visar intervjuerna att detta inte är liktydigt med att samverkan fungerar i praktiken. Eventuellt ger urvalet av enheter som intervjuats inte en representativ bild av hur samverkan fungerar i länet men vid de utvalda enheterna finns uppenbara brister vilka leder till klara risker att patienter faller mellan stolarna. I den övergripande överenskommelsen mellan divisionerna framgår att en konsultativ och rådgivande dialog ska upprättas för patienter där ansvars- och vårdnivå är svårbedömd. I relationen mellan de intervjuade vårdcentralerna och öppenvårdpsykiatri finns inte denna typ av möten idag.

Samverkan kring patienter med neuropsykiatriska diagnoser tycks ha stora brister. Ett arbete med att se över utredningsprocessen och skapa tydligare riktlinjer för remittering har startat.

Det har inte framkommit riktlinjer som anger (t.ex. utifrån olika typfall) vilken kompetens som patienten ska få träffa. I vissa fall är detta självklart förstås medan det i andra fall kan ha betydelse för möjligheterna att ge relevant stöd och åstadkomma förbättring och läkning.

Att det inrättats vårdsamordnare inklusive ett stödjande team, kring patienter med depression och ångestsyndrom har enligt Regionens uppföljning fallit väl ut som en

¹ Kognitiv beteendeterapi

generell struktur. Mot bakgrund av detta och positiv respons nationellt är det förvånande att modellen inte ingår som en del i uppdragsbeskrivningen till vårdcentraler i Vårdvalet.

Regionen har ingen tydlig och sammanhållen strategi för att motverka att personer drabbas av psykisk ohälsa.

Vid trauma² förefaller det finnas metoder både i primärvården och psykiatri för identifiering och det råder hygglig enighet om vilken vårdnivå som ska ansvara för patienten i olika fall. Dock finns kapacitetsproblem inom öppenvårdspsykiatri att kunna erbjuda läkande behandling i rimlig tid.

De intervjuade har olika uppfattningar om hur lätt eller svårt det är för patienter att hitta rätt i vården. Vår bedömning är att det avgörande inte är den formella ansvarsfördelningen mellan primärvården och psykiatri. Avgörande är i stället dels av hur tydlig informationen är till patienter generellt när de söker vård första gången dels hur tydligt de remitteras/guidas vidare efter en första kontakt. Vid intervjuer med de utvalda enheterna framkommer att patienter som vidareremitteras riskerar att hamna mellan stolarna pga. bristande samverkan.

Det framstår som att andra faktorer än skrivna dokument har stor betydelse för att skapa en konstruktiv och välfungerande samverkan. Troligen är det mer av personliga initiativ och ledarskap som i praktiken avgör hur väl samverkan lyckas och att det finns en tydlig samarbetsanda. Att det i botten finns en tydlig och stödjande ansvarsfördelning torde även i fortsättningen vara en grundförutsättning.

Den utredning och det förslag om ny struktur för psykiatri som lagts fram nyligen innebär att erfarenheter från flera tester/försöksprojekt i norra-västra Dalarna bildar mönster för en ny struktur. Önskvärt hade varit om det funnits mer data för att belysa samverkan och inte minst data om hur väl verksamheterna lyckats att stödja och hjälpa patienterna till läkning.

I den pågående utvecklingen av samverkan är det viktigt att skapa ett konstruktivt lokalt forum där gemensamma patienter diskuteras. Förutsättningen är att se till patientens bästa ur ett helhetsperspektiv. Exempelvis innebär det att:

- Se till patientens hela livssituation - finns hemmavarande barn som kan behöva stöd kring egna svårigheter, behövs föräldrastöd, finns allvarliga stressorer (som utlöser stressreaktion) i hemmet, på arbetsplatsen?
- Förutsättningslöst och utan prestige, med patientens medgivande, nyttja all tillgänglig kompetens och information inom berörda verksamheter på bästa sätt för patienten.

² Trauma (här underförstått psykiskt trauma) uppkommer när en person varit med om en alldeles överväldigande skrämmande händelse och då varit hjälplös och ensam. I en sådan situation kan den enda lösningen vara att dissociera vilket innebär att personen kroppsligt och känslomässigt stänger av. Detta sker inte medvetet utan automatiskt.

Trauma behöver läkas tillsammans med en behandlare som ger trygghet. Läkemedelsbehandling i sig själv kan ge tillfällig symtomlindring men kan inte ge trygghet och läkning. Obearbetat trauma sätter sig i kroppen och ger somatiska uttryck på ett sätt som kan vara svåra för patienten och den somatiska vården att förstå.

- Vid behov snarast ta med andra samhällsaktörer vilka bedöms kunna bidra utifrån patientens behov. Efter patientens medgivande.
- Berörda upprättar en gemensam vårdplan där var och ens insatser framgår liksom hur delarna bidrar till att uppnå gemensamma behandlingsmål.

1.1 Övergripande revisionell bedömning

Den övergripande revisionsfrågan i denna granskning är att bedöma om ansvarsfördelning och samverkan mellan vuxenpsykiatri (såväl öppen som sluten psykiatri) och primärvård är ändamålsenlig och säkerställer att patienter med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom får tillgång till en adekvat vård i hela länet.

En hel del utvecklingsarbete har genomförts med koppling till samverkan och det har nyligen presenterats en utredningsrapport som kommer med förslag för att förbättra samverkan. Trots det och med beaktande av att vi identifierat risker att patienter faller mellan stolarna samt den låga tillgängligheten inom vuxenpsykiatri (speciellt till behandling) är vår bedömning att samverkan inte är ändamålsenlig och att det inte är säkerställt att patienterna får tillgång till en adekvat vård i hela länet.

1.2 Rekommendationer

Mot bakgrund av genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till Regionstyrelsen:

- Förtydliga kraven på samverkan i vårdvalets avtal och överväg att ha med kravet på vårdsamordnare psykisk ohälsa.

Följande rekommendationer lämnas till Hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Innan beslut fattas om att genomföra förslaget om ny struktur (utredningen "Hur kan vi driva omställningen till en nära vård inom området psykisk ohälsa") bör det med objektiva data visas att verksamheterna vid de orter där tester/försöksprojekt genomförts har bättre samverkan och bättre behandlingsresultat än verksamheten vid övriga orter.
- Säkerställ att konstruktiva lokala mötesfora skapas där gemensamma patienter diskuteras utifrån en helhetssyn.
- Se över tillämpningen av vuxenpsykiatriens policy om bemötande för att säkerställa att personer med kognitiva och eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar bemöts respektfullt utifrån sina förutsättningar. Även primärvårdens bemötande behöver säkerställas.

2 Inledning/bakgrund

I Region Dalarna har primärvården och vuxenpsykiatri ett gemensamt uppdrag att ge vård och behandling till patienter med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Patienterna utgör inte en homogen grupp utan omfattar personer med lättare psykiska besvär till personer med psykisk sjukdom som kräver den specialiserade psykiatriens kompetens och insatser.

Här ingår både personer som är högfungerande och personer med stora kognitiva och beteendemässiga svårigheter som kan ha både omfattande och olikartade behov.

Primärvårdens uppdrag styrs av regionstyrelsen via vårdval. Regionens egna vårdcentraler organiserade i division primärvård och den vuxenpsykiatriska vården, som omfattar både öppen och specialiserad vård, är organiserad i division psykiatri som båda styrs av hälso- och sjukvårdsnämnden.

Ansvarsfördelningen mellan Regionen och länets kommuner finns reglerad i en överenskommelse från 2003 och inom Regionen finns en mer aktuell (2023) fördelning av uppgifter mellan primärvård och specialistpsykiatri.

Risken om ansvarsfördelning och samverkan inte fungerar i praktiken är att en, ofta sårbar och röstsvag patientgrupp hamnar i kläm. Revisorerna har därför sett skäl att granska om Regionens interna ansvarsfördelning och samverkan vad avser vuxna patienter med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom är utformad och fungerar på ett ändamålsenligt sätt.

2.1 Övergripande revisionsfråga och revisionsfrågor

Syftet och den övergripande revisionsfrågan i denna granskning är att bedöma om ansvarsfördelning och samverkan mellan vuxenpsykiatri (såväl öppen som sluten psykiatri) och primärvård är ändamålsenlig och säkerställer att patienter med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom får tillgång till en adekvat vård i hela länet.

Samtliga revisionsfrågor finns i kapitel 4 tillsammans med svar på frågorna.

2.2 Avgränsning

Regionstyrelsens och Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar granskas.

Granskningen, vad avser primärvården, omfattar såväl Regionens egna vårdcentraler som privat drivna vårdcentraler.

Granskningen av psykiatri omfattar den allmänna öppenvården och slutenvården inklusive akutmottagningar men inte barn- och ungdomspsykiatri och rättspsykiatri och inte heller mer än ytligt den vård som ges enligt LPT – Lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Granskningens primära fokus är samverkan mellan primärvård och psykiatri vilket begränsar målgruppen till just de patienter som främst är beroende av en välfungerande samverkan. Detta torde vara patienter som utmanar primärvårdens kompetens och förmåga att själva klara patienten och även patienter som efter behandling inom den specialiserade psykiatri, bör kunna få fortsatt vård i primärvård. Utöver dessa patienter ingår även patienter med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom som även har behov av somatisk vård. Gränserna för den beskrivna målgruppen är inte skarpa.

2.3 Projektorganisation/granskningsansvariga

Granskningen har utförts av Andreas Endrédi, projektledare och certifierad kommunal revisor tillsammans med Malin Endrédi, psykolog och psykoterapeut och expert i denna granskning med stor erfarenhet av samverkan och traumabehandling. Rapporten har kvalitetsgranskats av Anders Haglund, expert och certifierad revisor.

Samtliga intervjuade har erbjudits möjlighet att faktagranska rapporten.

2.4 Metod

En beskrivning över använd metod inklusive revisionskriterier återges i bilaga 1.

3 Resultat av granskningen

3.1 Styr signaler, riktlinjer och formell ansvarsfördelning med relevans för samverkan

3.1.1 Regionplan och budget

Inga explicita mål om den granskade målgruppen ges i fullmäktiges Regionplan budget och finansplan 2025-2027, men följande övergripande styr signaler finns:

- Särskilt prioriterat är att motverka den psykiska ohälsan och då måste tillgängligheten och kvaliteten inom psykiatri höjas.
- Ökad närhet, kvalitet och tillgänglighet i hela Dalarna
- Ökat välbefinnande i hela Dalarna för alla invånare

3.1.2 Krav på primärvården via vårdval

Enligt uppdragsbeskrivningen avseende Vårdval Primärvård i Dalarna ska vårdgivaren följa Regionens likabehandlingsprogram "Hälsosamma Dalarna – lika för alla", som bygger på FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och det nya nationella målet för funktionshinderspolitiken. En hänvisning finns till en länk om Funktionsnedsättning men länken fungerar inte.

Följande skrivning finns också i uppdragsbeskrivningen under rubriken - Psykosocial och psykologisk behandling för vuxna:

Vårdgivaren ska erbjuda insatser för lindrig till medelsvår psykisk sjukdom och ohälsa. Insatserna ska i första hand utgå från nationella riktlinjer och vedertagna vård- och insatsprogram. Därutöver kan Vårdgivaren erbjuda andra stödbehandlings- och uppföljningsinsatser. Samarbete och samverkan med andra aktörer och specialistpsykiatri genomförs där det är relevant.

3.1.3 Riktlinje för psykiatrisk behandling för vårdcentralernas psykologiska behandlingsarbete med psykisk ohälsa hos vuxna patienter.

Här anges behandlingsriktlinjer för olika tillstånd av lindrig eller medelsvår karaktär. Det klargörs att riktlinjerna inte ensamt kan utgöra underlag för beslut gällande vård av enskilda patienter eftersom rekommendationerna gäller på gruppnivå och att hänsyn alltid behöver tas till individens särskilda förutsättningar och önskemål. Vid svårare tillstånd övergår ansvaret till psykiatri. Följande tillstånd tas upp:

Egentlig depression, Recidiverande³ egentlig depression, Generaliserat ångestsyndrom, Paniksyndrom, Tvångssyndrom, Social fobi, Sömnbesvär, Utmattningsyndrom samt Krisreaktion.

I de flesta fall anger riktlinjerna att kognitiv beteendeterapi ska användas, i något fall IPT – interpersonell terapi eller korttids-PDT (psykodynamisk terapi).

Av riktlinjen framgår vidare att det ska finnas ett stort utbud av förmedlings sätt av psykoedukation⁴ och psykologisk behandling och att längre behandlingar främst bör förmedlas via väggledd självhjälp, gruppbehandling eller internetbehandling.

Följande förmedlings sätt ingår i riktlinjen för psykologisk behandling: Öppna föreläsningar, Egenvård/självhjälp, Konsultation (1-3 besök), Väggledd självhjälp (3-5 besök), Minimanualer (3-5 besök), Intervention baserad på individuell fallkonceptualisering (3-5 besök), Gruppbehandling, Internetbaserad KBT (6-10 moduler), Längre individuell behandling (5-10 besök).

Effekten av behandlingsinsatser ska utvärderas. Patienter som inte nått en tillfredsställande förbättring efter en första (kortare) behandling, behöver erbjudas ytterligare vård.

3.1.4 Länsövergripande överenskommelse om samverkan för kommuner och region i Dalarnas län kring personer med psykisk funktionsnedsättning från 18 år - 2024

Syftet med denna är att tydliggöra ansvarsfördelningen och stärka samverkan mellan huvudmännen och att härigenom undvika att personer med psykisk funktionsnedsättning "hamnar mellan stolarna". Syftet är också att tillgodose individen behov av vård och stöd ur ett helhetsperspektiv.

Målgruppen är personer från 18 år som till följd av psykisk funktionsnedsättning har behov av vård- och stödsatser från både kommun och region.

Bland de mål som ställts upp finns:

- Främja psykisk och fysisk hälsa.
- Främja individens möjligheter att uppnå ett självständigt liv.
- Delaktighet, integritet och självbestämmande.
- Jämställd och jämlik vård.
- Främja framtagande av lokala samverkansöverenskommelser.

3.1.5 Överenskommelse om ansvars- och uppgiftsfördelning mellan primärvård och specialistpsykiatri

Denna övergripande överenskommelse finns sedan år 2017 (senast reviderad 2023) liksom lokala överenskommelser. Tanken är att styrgrupper lokalt och regelbundet ska följa upp och vidareutveckla de lokala överenskommelserna.

³ återfall

⁴ Innebär muntlig och skriftlig information om sjukdomen, behandling och samhällets stöd och råd om hur individen kan hantera och lösa problem och svårigheter i vardagen. Riktas till individ och närstående.

Det övergripande dokumentet beskriver gränserna för när primärvården respektive specialistpsykiatri är ansvariga för patienter.

Primärvård och psykiatri har ett gemensamt ansvar för flera patientgrupper, där gränsen för ansvars- och vårdnivå ibland är svår att dra och samverkan ska i dessa fall bygga på en kontinuerlig dialog:

- För patienter där ansvars- och vårdnivå är svårbedömd ska en konsultativ och rådgivande dialog upprättas, där psykiatri ska bistå med konsultativt stöd.
- För patienter i pågående behandling inom primärvården med svag behandlingseffekt ska psykiatri konsulteras.
- För mångbesökande patienter med både psykisk och somatisk ohälsa

Det övergripande dokumentet beskriver även ansvarsgränser vid olika diagnoser.

Det framgår också att den lokala överenskommelsen ska beskriva hur samverkan mellan primärvård och psykiatri ska organiseras i praktiken och för att främja en kontinuerlig dialog. För detta arbete ansvarar primärvårdens och psykiatriens verksamhetschefer.

Om tolkningen av överenskommelsen går isär ska ambitionen vara att lösa problemen lokalt och i sista hand via kontakt till divisionschefer.

Överenskommelsen skulle följas upp 2019.

Lokal överenskommelse om vårdssamverkan mellan primärvård och öppenvårdspsykiatri i Falun

Överenskommelsen tar upp lokala frågor i samverkan, t.ex. finns direktnummer för enkel kontakt mellan primärvården och psykiatriens olika delverksamheter i Falun. Det framgår även att det finns en lokal styrgrupp vilken består av berörda verksamhetschefer. Styrgruppen träffas en gång per termin.

Lokal överenskommelse om vårdssamverkan mellan primärvård och öppenvårdspsykiatri och vårdcentraler i Borlänge och Säter

Här framgår praktiska saker såsom direktnummer för enkel kontakt men även tydliga beskrivningar om hur man dagligen kan nå kontakt med psykiatri och hur man var tredje vecka har möten mellan primärvården och psykiatri. Mötena sker fysiskt på Psykiatriska mottagningen i Borlänge eller via Teams. Öppenvårdspsykiatri deltar under hela mötet och respektive vårdcentral deltar under 30 minuter vardera.

3.1.6 Länsövergripande riktlinjer om vårdplan (psykiatri)

Enligt gällande riktlinje är målet att:

Alla patienter som vårdas på allmänpsykiatriska kliniken, inom ett dygn i slutenvård, ska ha en upprättad vårdplan som beskriver den vård som planeras och ges på enheten. Vårdplanen ska vara förståelig, kortfattad och så långt det är möjligt upprättas tillsammans med eller i samråd med patienten.

Det framgår inte hur snabbt en vårdplan ska upprättas vid öppenvård.

Riktlinjen anger följande syften med att dokumentera vårdplaner:

- Att uppmärksamma patientens behov och mål.
- Att öka patientens delaktighet i vårdprocessen.

- Att tydliggöra den vård som patienten får.
- Att minska risk för vårdskador.
- Att vara tydlig med planerat utskrivningsdatum.
- Att patienten är hemgångsklar samtidigt som hen är utskrivningsklar.

Rutinen anger vilka mallar som ska användas i olika fall: Frivilligvård, tvångsvård och öppenvård.

En lokal rutin har framkommit från Vuxenpsykiatri Mellersta och Västerbergslagen. Rutinen är daterad 2015 och fördelar ansvaret lokalt för att en vårdplan upprättas. Det framgår även att vårdplan / behandlingseffekt ska följas upp (revidering).

Även en rutin för dokumentation av vårdplan inom vuxenpsykiatri Falun finns. Här beskrivs när och hur en vårdplan ska upprättas och vilka mallar som ska användas i olika fall.

3.1.7 Andra riktlinjer mm.

En länsövergripande överenskommelse finns avseende samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Etikpolicy – Riktlinjer om bemötande Allmänpsykiatriska kliniken

Bl.a. återfinns denna lista över hur policyn ska omsättas i arbetet:

- *Vi bemöter patienterna med respekt och strävar efter att etablera goda relationer.*
- *Den vård och behandling vi ger, ska så långt som möjligt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.*
- *Vi bemöter alla patienter jämlikt och rättvist, oberoende av ålder och kön, patientens livsåskådning, sexuell identitet och läggning, politiska åsikter eller etnisk bakgrund.*
- *Vi uppmärksammar särskilt de etiska riktlinjerna vid svåra situationer, när patienter har starka känsloutlevelser, lider av svåra symtom eller har ett utagerande beteende*

3.1.8 Kommentarer styr signaler, ansvarsfördelning mm

Utifrån Regionplanen är det tydligt att området psykisk ohälsa är ett politiskt prioriterat område. Inom division psykiatri finns relevanta etiska riktlinjer för bemötande och förhållningssätt till patienter och anhöriga.

Vårdvalets uppdragsbeskrivning ställer kortfattade krav på samarbete och samverkan "där det är relevant" men tar inte upp eller hänvisar till de specifika delar som framgår i andra dokument om att lokala överenskommelser ska tas fram för att mer i detalj säkerställa samverkan. Uppdragsbeskrivningen tar inte heller upp införandet av vårdsamordnare psykisk ohälsa.

För Regionens vårdcentraler finns en riktlinje för psykologiskt behandlingsarbete hos vuxna patienter med psykisk ohälsa. Behandlingarna ska utgå ifrån nationella riktlinjer och vård- och insatsprogram. Ett fokus finns på egenvård, internetbaserad vård, korta behandlingsinsatser och KBT. Inga explicita skrivningar framgår om när och hur läkning ska vara ambitionen med stöd och behandling.

Den allmänpsykiatriska kliniken har en etik/bemötandepolicy som betonar värden som empati, medbestämmande och respekt. I flera av de nationella vård- och insatsprogrammen framgår att insatserna syftar till att bidra till läkning. Inga explicita skrivningar i Regionens dokumentation lyfter fokuset på läkning.

Riktlinjer finns om att vårdplaner ska finnas, att de ska tas fram i samråd med patient/anhöriga och att de ska innehålla mål som beskriver vad insatserna ska leda till för patienten. Det framgår att behandlingsmål ska följas upp.

Det finns flera övergripande dokument som beskriver ansvarsfördelningen mellan vuxenpsykiatri och primärvården. Krav finns att lokala överenskommelser ska tas fram vilka närmare ska precisera hur den lokala samverkan ska genomföras. Lokala överenskommelser finns i Borlänge och i Falun av de orter som valts ut för närmare granskning. I Avesta har de intervjuade menat att det eventuellt finns ett liknande dokument men att det i så fall är förlegat. Innan denna rapport färdigställdes har dokumentet som är från 2018 kommit fram. I de lokala överenskommelserna i Falun och Borlänge beskrivs hur lokala samverkansmöten ska hållas och det beskrivs hur eventuella tolkningsvårigheter ska lösas.

Det har inte framkommit riktlinjer som anger (t.ex. utifrån olika typfall) vilken kompetens som patienten ska få träffa. I vissa fall är detta självklart medan det i andra fall kan ha betydelse för möjligheterna att ge relevant stöd och åstadkomma förbättring och läkning.

Den formella ansvarsfördelningen varken bidrar eller försvårar för patienterna att hitta rätt i vården. Ansvarsfördelningen har inte heller någon direkt påverkan på likvärdigheten i tillgång till vård, det är andra faktorer som påverkar. Exempelvis är det personaltillgång, faktisk samverkan, tradition och den fysiska närheten till en mottagning. Den formella ansvarsfördelningen kan däremot ha en påverkan på vilken riskpatienter löper att falla mellan stolarna. Här utgör frånvaron av en lokal överenskommelse i Avesta - som berörda har kännedom om och som har relevans - en sådan risk.

3.2 Regionens organisation och strukturella initiativ för samverkan

3.2.1 Granskade verksamheter

Granskningen avser samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatri. Primärvården är organiserad i 30 vårdcentraler varav sex stycken är privata och resten drivs av Region Dalarna. Vårdcentralerna är utspridda över länets kommuner och orter. I Regionens uppdragsbeskrivning för Vårdval primärvård finns krav avseende psykosocial och psykologisk behandling för vuxna. Regionstyrelsen ansvarar för utformningen av vårdval medan Hälso- och sjukvårdsnämnden har ansvaret för de 24 egna vårdcentralerna och deras efterlevnad av krav i Vårdval primärvård. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har en division för primärvård.

Kompetensmässigt finns vid vårdcentraler förutom specialist i allmänmedicin vanligen följande kompetenser tillhands för stöd till patienter med psykisk ohälsa: sjuksköterskor, rehab-koordinator, samtalsterapeuter, psykologer, vårdsamordnare psykisk hälsa, arbetsterapeut och fysioterapeut.

Hälso- och sjukvårdsnämnden är även ansvarig för den vuxenpsykiatriska vården vilken är organiserad i division psykiatri och habilitering. Vuxenpsykiatrisk vård bedrivs enbart i

Regionens regi. Öppenvård psykiatri har idag åtta utbudpunkter / mottagningar: Avesta, Ludvika, Borlänge, Gagnef, Falun, Rättvik, Mora och Malung. Utöver detta erbjuds inom öppenvården även följande subspecialiserade vård:

Ett prehospitalt akutteam stationerat på två orter: Mora och Falun, Dalarna ABC (ätsörningsenhet vuxna), Traumacenter Dalarna, Könsdysfori, OCD-team (tvångssyndrom) och LARO-mottagning (Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiat/opioidberoende).

Det finns även en digital psykiatrisk mottagning på Min vård enligt nivå 1 (se nedan) med tillägg av en läkare som arbetar tätt ihop med sjuksköterskorna på mottagningen.

Länets allmänna psykiatriska akutmottagning finns i Säter som även har två vårdavdelningar. Från akuten i Säter kan inläggningar även ske på en vårdavdelning vid Falu lasarett. I Falun finns länets beroendekäut och en vårdavdelning för beroendepatienter. Totalt sett finns alltså två vårdavdelningar i vid lasarettet i Falun.

Kompetensmässigt finns inom psykiatri vanligen följande kompetenser: psykiatriker, psykolog, psykoterapeut, sjuksköterska, rehabkoordinator, skötare, samtalsterapeut, kurator och arbetsterapeut.

Öppenvårdsmottagningarna är nivåstrukturerade enligt följande:

Basutbud nivå 1

Insatser för kontinuerlig vård och uppföljning till och med sjuksköterskenivå - finns på samtliga åtta orter.

Basutbud nivå 2

Inkluderar även remisshantering och nybedömning, mobilt team, beroendeteam, olika terapeutiska insatser, utredningar, akutfunktion, läkarfunktion och administrativ funktion. Detta finns på mottagningarna i Avesta, Falun, Borlänge, Mora och Ludvika och till viss del i Gagnef.

I denna granskning har i enlighet med givna förutsättningar två verksamhetskluster granskats närmare. Detta för att kunna återge praktiska exempel på hur samverkan fungerar mellan vuxenpsykiatri (öppen- och slutenvård) och primärvården. Valet av enheter har skett i samråd med divisions- och verksamhetschefer. Följande verksamheter har valts ut:

Kluster A

Avesta vuxenpsykiatriska mottagning – Akut/slutenvård Säter – Hedemora Vårdcentral

Kluster B

Psykiatrimottagning Borlänge – Akut/slutenvård Säter/Falun – Domnarvets Vårdcentral i Borlänge

3.2.2 Samarbetsvård och inrättande av s.k. vårdsamordnare psykisk ohälsa

Under parollen Samarbetsvård bedrivs sedan flera år tillbaka utvecklingsarbete som syftar till förbättrat samarbete mellan primärvård och psykiatri. Inrättandet av vårdsamordnare är det första steget i detta. I ett andra steg är tanken att ge psykiatrins sjuksköterskor stöd i

somatiska frågeställningar hos patienterna via konsultläkare från primärvården. Andra exempel/försöksprojekt är:

- Psykiatrin har finansierat och bemannat en sjuksköterskeresurs placerad vid Särna vårdcentral för att öka tillgängligheten till specialistpsykiatrisk vård.
- I Gagnef finns en psykiatrisk mottagning på vårdcentralen. Här finns sjuksköterska, konsultpsykiatriker, primärvårdsläkare, psykolog och medicinsk sekreterare.
- Vid psykiatrins sjuksköterskemottagning i Rättvik erbjuds "drop in" en gång i veckan, två timmar per gång.

Med start under år 2018 har i Regionen inrättats s.k. vårdsamordnare i psykisk ohälsa vid vårdcentraler. Upplägget innebär ett samarbete mellan primärvården och specialistpsykiatrin där patienter med depression och ångestsyndrom ska få vård av ett team bestående av primärvårdsläkare, sjuksköterska, samtalsbehandlare och konsultpsykiater vid behov. Psykiatrikonsulterna är psykiatriker från specialistpsykiatrin och finns tillgängliga för konsultation ca ½-timme per vecka.

Vårdsamordnarna (sjuksköterskor) ska ha direktkontakter med patienter som vänt sig till primärvården på grund av depression eller ångestsyndrom. Vårdsamordnaren ska berätta om behandling och symtom, ge råd och följa upp patienters mående på ett strukturerat sätt. Patienter ska kunna vända sig till sin vårdsamordnare via ett direktnummer för frågor om till exempel biverkningar av mediciner, försämringar eller sjukskrivningar.

Idag har 27 av Region Dalarnas 30 vårdcentraler en särskilda vårdsamordnare i psykisk ohälsa och det finns inget tvång att ha vårdsamordnare utan de som har det har själva sett en nytta med att kunna erbjuda det. Modellen med vårdsamordnare har varit framgångsrik enligt utvärderingar som Regionen genomfört. En stor majoritet av både allmänläkare som patienter uppger att vårdkvaliteten har förbättrats. Modellen har även uppmärksammats och bildat modell nationellt.

Det återstår ännu att realisera den andra delen i den utvecklade samverkan mellan primärvården och psykiatrin, där psykiatrins sjuksköterskor ges stöd i somatiska frågeställningar hos patienterna via konsultläkare från primärvården.

I denna granskning ställs frågan om det i Regionen finns någon funktion med ett samlat ansvar att följa upp och föreslå förbättringar i samverkan för personer med psykisk ohälsa / sjukdom. Någon sådan funktion/person har inte kunnat hittas. Däremot är exempelvis det arbete som beskrivs ovan i detta avsnitt, ett exempel på vad en sådan funktion skulle ha kunnat föreslå.

3.2.3 Forum för samverkan

Sedan ett antal år finns en styrgrupp primärvård – psykiatri. Möten sker ca. två gånger per termin och förutom de båda divisionscheferna deltar:

- Utvecklingsledare
- Samordnare för vårdsamordnarna
- Chef utvecklingsenheten
- Ansvarig God och nära vård

3.2.4 Kommentarer Organisation och vårdsamordnare

Inrättandet av vårdsamordnare vid vårdcentralerna inkluderande ett team som stöd kring patienter med depression och ångestsyndrom, har enligt Regionens uppföljning fallit väl ut som en generell struktur. Mot bakgrund av detta och positiv respons nationellt kring modellen är det förvånande att det inte ingår som en del i uppdragsbeskrivningen till vårdcentraler i Vårdvalet.

Det finns inte någon enskild befattningshavare (t.ex. processledare) som har som huvuduppgift att följa upp samverkan. Däremot tas utan tvekan en hel del initiativ och bedrivs utvecklingsarbete på temat.

3.3 Samverkan och övrigt arbete i praktiken, med de patienter som främst är beroende av en välfungerande samverkan

3.3.1 Den praktiska samverkan utifrån intervjuer i verksamheterna
Utifrån Domnarvets vårdcentralers perspektiv finns det mycket övrigt att önska gällande hur samverkan fungerar med öppenvårdspsykiatri i Borlänge. De menar att alltför många remisser skickas åter till vårdcentralen och ibland med en rekommendation till hur arbetet med patienten bör gå vidare inom primärvården. Speciellt tycks detta gälla patienter med neuropsykiatriska besvär. Enligt personal på vårdcentralen "studsar" 80% av dessa remisser tillbaka till vårdcentralen där personalen enligt de intervjuade saknar utbildning inom neuropsykiatri. Man upplever inte att det finns en fungerande dialog om patienterna med psykiatrins öppenvård. Från den psykiatriska öppenvården framförs att en bra dialog finns med flera av vårdcentralerna i Borlänge som har med sina behandlare vid mötena var tredje vecka. Från Domnarvets vårdcentral deltar läkargruppen och därifrån anser man det vara angeläget att psykiatri har läkarrepresentation vid samverkansmötena. Företrädare för psykiatri och för Domnarvets vårdcentral tycks överens om att det idag inte finns en konstruktiv dialog dem emellan. Samtidigt uppges att det via telefon sker direktkontakter mellan mottagningarna avseende enskilda patienter. Enhetschefen beskriver bemanningsläget på vårdcentralen som relativt gott avseende sjuksköterskor medan inhyring delvis behövs för att klara läkarbemanningen. Alla vårdgarantigränser klaras på vårdcentralen som har en uttalad strategi att ta emot patienter direkt.

Den psykiatriska öppenvården i Borlänge har tre av fem läkartjänster tillsatta. Två av de tillsatta läkarna arbetar på distans. Det finns luckor i bemanningen även för sjuksköterskor. Mottagningen är dock fullbemannad med psykologer, arbetsterapeuter och kuratorer. Enhetscheferna menar att de alltid försöker ha med läkare/psykiatriker vid samverkansmötena men att det kan hända att den personen får förhinder. Dessutom framförs att mottagningen har ställt om och arbetar inte längre socialpsykiatriskt, detta för att inte överbelasta verksamheten och de som arbetar vid mottagningen. Mottagningen klarar tidsgränserna för ett första besök men klarar inte 3-månadersgränsen till behandling för patienter med ADHD och PTSD (posttraumatiskt stressyndrom). Som stöd under väntetiden finns en s.k. stabiliseringsgrupp dit patienter som väntar på PTSD-behandling kan få komma snabbare. Samtliga psykologer vid mottagningen har utbildning för att kunna ge traumabehandling. Personalen lyfter att behandlingsmetoderna ibland inte är tillräckliga vid trauma. Totalt inkommer ca. 70 remisser per vecka varav fem avser nya patienter. Inflödet till mottagningen av remisser har ökat men man säger nej till fler varför det totala antalet aktiva patienter vid mottagningen ligger ganska konstant över tid - mellan 1900 –

2000 patienter. Man anser att fler remisser är bristfälliga (t.ex. saknar beskrivning av symtom). Öppenvården genomför ca. två konsultativa besök till primärvården per månad. Från mottagningen ser man som nämnts att samverkan fungerar med de flesta vårdcentralerna och att man fortlöpande utvärderar och förbättrar utifrån uppkomna behov från vårdcentralerna och att detta också lett till en bättre samverkan. Ett inslag i samverkansmötena som diskuteras vid intervjun är att öppenvårdspsykiatrin vid dessa möten skulle kunna dela information om patienter som snart kommer att vara färdigbehandlade och kan komma att behöva uppföljning inom primärvården. Under kontorstid finns ett mobilnummer dit vårdcentraler kan ringa för råd och stöd. En sjuksköterska svarar själv eller efter kontakt med annan inom mottagningen. Det framkommer inte att råd och stöd ges från primärvården till psykiatrin avseende psykiatriska patienters behov av somatisk vård.

Läkarhuset i Borlänge har under närmare ett års tid inte deltagit i de lokala samverkansmötena med öppenvårdspsykiatrin men detta ska nu återupptas, den nya verksamhetschefen kallar det en "nystart". Personalen vid vårdcentralen har under senare tid inte ansett samverkan vara konstruktiv och man har inte heller upplevt att psykiatrin varit ett stöd i arbetet med vare sig att ge råd kring läkemedelsbehandling eller remitterade patienter.

Flera försök har i denna granskning gjorts att få ett samtal eller svar på frågor om samverkan med en privat vårdcentral i Falun. Ingen kontakt eller svar har dock erhållits.

I Avesta - Hedemora finns i praktiken ingen överenskommelse och inte heller ett forum där gemensamma patienter diskuteras mellan öppenvårdspsykiatrin och vårdcentralerna. Sedan i mars 2024 finns ingen strukturerad samverkan enligt företrädare för öppenvårdspsykiatrin. Den psykiatriska mottagningen har flera vakanser, främst gällande sjuksköterskor men även psykiatriker och kuratorer. Mottagningen hinner t.ex. inte med sitt uppdrag gällande läkemedelsuppföljningar och provtagningar där just sjuksköterskor har en nyckelroll. Läkarbristen medför svårigheter att hinna med remissbedömningar. Enligt intervjuade i personalgruppen går verksamheten "på knäna". Den stödjande och konsultativa dialog som ska erbjudas från öppenvårdspsykiatrin till primärvården, sker idag endast utifrån upparbetade personliga kontakter och inte som ett led i en strukturerad samverkan. De intervjuade menar att det finns risk att patienter idag hamnar mellan stolarna. Väntetiderna har påtagligt försämrats under 2024.

Från Vårdcentralen i Hedemora, som ska samverka med öppenvårdspsykiatrin i Avesta, framförs att det ofta är flera månaders väntetid till öppenvården efter remiss från vårdcentralen. Enligt intervjuade vid vårdcentralen uppger patienter att det ofta är svårt att komma fram till öppenvården pga. att telefonsvararen är full. Intervjuade vid vårdcentralen delar den bild om den aktuella samverkanssituationen som givits ovan av personal vid öppenvårdspsykiatrin i Avesta, den "fungerar inte", "den är obefintlig". För vårdcentralens patienter klaras vårdgarantins gränser.

Från både vårdcentralerna och ifrån öppenvårdspsykiatrin menar de intervjuade att samverkan med slutenvården i Säter fungerar väl medan det ibland upplevs som svårt att få kontakt med slutenvården i Falun. Det enda som nämns som ett utvecklingsområde från vårdcentralerna är att de önskar att patienter som skrivs ut från slutenvården alltid ska följas upp i den psykiatriska öppenvården.

Vid intervjuer på slutenvården i Säter (inklusive länets enda allmänpsykiatriska akutmottagning) och i Falun beskrivs att patienter tas in för slutenvård via akutmottagningen. Där sker en första triagering av patienterna. De vanligaste sökvägarna till akuten är att patienter kommer självmant men det är inte heller ovanligt att patienter anländer med poliseskort efter att en primärvårdsläkare gjort en s.k. vårdintygsbedömning. I dessa fall kan det handla om att patienten behöver få vård mot sin vilja. Det kan t.ex. handla om att en anhörig kontaktar vården om hjälp. Primärvårdsläkaren gör då en s.k. vårdintygsbedömning och skriver ett vårdintyg. Detta sker ofta i patientens hem och med stöd av polishandräckning.

Andra vägar in till akuten/slutenvården är via remiss från den psykiatriska öppenvården eller från vårdcentral.

På akuten och efter möte med en triagesjuksköterska, träffar patienten en läkare för bedömning av om patienten ska skrivas ut direkt eller skrivas in på någon av de två slutenvårdsavdelningarna i Säter eller skrivas på vårdavdelningen i Falun. När patienter blir aktuella för slutenvård skrivs ett s.k. inskrivningsmeddelande till öppenvården inom ett dygn, för att redan därigenom förbereda för kommande utskrivning. Vårdtiderna varierar vanligen från några dagar till några veckor

Inför utskrivning från slutenvården sker en vårdplanering för det stora flertalet patienter och då via rutiner enligt SIP (samordnad individuell plan) eller på annat sätt. Det varierar mellan öppenvårdsmottagningarna hur snabbt/lätt de kan hitta tid för ett planeringsmöte vid utskrivning. Från Falun framhålls att patienter ibland behöver stanna längre än nödvändigt pga. att berörda samverkansparter inte svarar på kallelse till planeringsmöte.

Enligt slutenvården i Säter är det snabbast/lättast att få tider för planeringsmöte med öppenvården i Borlänge och Mora medan det är svårare att hitta tider med öppenvården i Avesta. Vid utskrivning från slutenvården är verksamheterna angelägna om att patienten går hem med "en tid i handen". Detta innebär att det ska finnas en bokad tid för uppföljningsbesök i den psykiatriska öppenvården inom maximalt en till två veckor. Alla mottagningar klarar inte detta idag.

Vid slutenvården i Falun är det relativt vanligt med överbeläggningar. Verksamheten har vissa vakanser främst avseende skötare.

Intervjuade inom psykiatrin ser ingen systematisk skillnad i hur samverkan fungerar med Regionens vårdcentraler jämfört med privata vårdcentraler.

3.3.2 Vissa specifika teman som togs upp i intervjuerna

Begränsning av nyrekrytering till målgruppen - prevention

Primärvården har ett primärpreventivt uppdrag. Det arbete som utförs sker inom ramen för den traditionella organisatoriska strukturen med MVC och BVC. Vid intervjuerna framkommer även att vårdcentraler (t.ex. Domnarvet) erbjuder föreläsningar om depression, oro, ångest och stress. Vårdcentralen erbjuder även hälsosamtal till 50-åringar samt att rehabkoordinatören har föreläsningar för alla som blivit sjukskrivna. Från flera i hälso- och sjukvårdsledningen lyfts även fram ett brett folkhälsoarbete om rörelse i skolan som kommit längre i vissa kommuner än i andra. Det bedrivs även ett suicidpreventivt projekt i Vansbro tillsammans med Jägarförbundet.

Intervjuade vid vårdcentralerna uppger att annat specifikt arbete för att förebygga psykisk ohälsa, inte hinns med.

Patienter med neuropsykiatriska besvär

Samtliga intervjuade vid vårdcentraler lyfter upp att de inte anser sig få tillräckligt stöd från psykiatrin när det gäller patienter med neuropsykiatriska besvär. Det framförs att en hög andel remisser skickas åter till primärvården och att förfarandet bidrar till ännu längre väntetider för denna grupp. Från den specialiserade psykiatrin framhålls att det är långa väntetider pga. personalbrist men även utifrån att det ibland kan ifrågasättas om patienter blir hjälpta av att genomgå en s.k. neuropsykiatrisk utredning och därigenom eventuellt erhålla en diagnos. Ett faktum är att Region Dalarna haft en kraftigare ökning av neuropsykiatriska diagnoser än riket. Utifrån detta har frågor väckts kring eventuell överdiagnosticering. Ett arbete med att se över utredningsprocessen med tydligare riktlinjer för remittering har startat inom psykiatrin men är även tänkt att bli en del i kommande samverkansöverenskommelse med primärvården.

Patienter med trauma

Metoder för att identifiera patienter med trauma finns inom både primärvården och psykiatrin. Att identifiera eventuellt trauma ingår i den kartläggning som sker vid ett första besök.

Inom öppenvård psykiatrin finns psykologer med traumainriktning. Väntetiderna till behandling kan dock vara långa, i Avesta upp till tre år. Från Vårdcentralen i Hedemora uppges att ingen har utbildning i traumabehandling. Man menar också att om det rör sig om PTSD så tar vanligen den specialiserade psykiatrin över såvida det inte rör sig om lättare symtom, då försöker man behandla själva. Detsamma uppges vid intervjun på Domnarvets vårdcentral.

Samsjuklighet och långvarig smärta

Intervju har genomförts med utvecklingsledare för samsjuklighet inom division psykiatri och habilitering och det som beskrivs i detta avsnitt bygger på den intervjun om inget annat framgår.

Beroende på hur man räknar (utifrån diagnosgrupp osv) har 30-50% av patienterna inom den öppna psykiatriska vården någon gång i livet problem med skadligt bruk eller beroende. Omvänt så har ca. hälften av alla personer med skadligt bruk och beroende även annan psykiatrisk samsjuklighet. Även samsjuklighet med olika somatiska tillstånd är hög.

Ett utvecklingsarbete för psykiatrin startade 2022 för att implementera ett arbetssätt som bygger på gällande riktlinjer med bl.a. integrerade och parallella behandlingsinsatser. Arbetssättet hämtades från öppenvården i de norra-västra delarna av länet där samverkan med bl.a. primärvården har varit en del. Utvecklingsarbetet har gått trögt och få om ens några förändringar eller förbättringar har skett. Ett par mottagningar började med implementeringen men valde att avstå fortsatt arbete då man bedömde att det inte var genomförbart p.g.a. att det "saknas resurser och stöd från ledning".

Ett utvecklingsarbete för Primärvårdens vård- och behandling vid riskbruk startade hösten 2024 inom ramen för LAG⁵-samsjuklighet och är precis i uppstarten, även här är samverkan med psykiatrin av vikt.

Enligt utvecklingsledaren finns stora utvecklings- och förbättringsbehov avseende vård- och behandling för personer med samsjuklighet både inom psykiatri och primärvård, samt samverkan mellan dessa och övriga aktörer så som kommunerna.

Åren 2023-2024 utfördes en översyn av vården för personer med långvarig godartad smärta inom primärvård och specialiserad vård. I den översynen framkom bla. att det finns hög grad av samsjuklighet med psykiatriska tillstånd i denna patientgrupp och att samverkan med psykiatrin upplevdes som undermålig av professionen. Risken är att detta leder till att dessa patienter avancerar inom smärtvården och inte får adekvat hjälp i ett tidigare skede.

Hur lätt/svårt är det att hitta rätt i vården?

Från intervjuade inom vårdcentraler framförs generellt att de bedömer det som lätt att hitta rätt, man vänder sig till sin vårdcentral. Andra ser dock annorlunda på detta och menar att det inte alls är enkelt för patienter som söker information på Regionens webbplats, att hitta rätt. För många som inte har en uppfattning om vad deras besvär kallas, är det svårt att veta vart man ska vända sig. En ytterligare uppfattning är att patienterna alltid kommer behöva stöd. Det går att göra det lätt att komma till primärvården liksom till digital vård men därefter krävs en bedömning och guidning för att hamna rätt.

Suicidprevention

Metoder för suicidriskbedömning finns sedan länge inom både psykiatrin och primärvården. Dock saknas en helhetssyn på hur samverkan i en vårdkedja ser ut i syfte att förebygga självmord. Ett sådant arbete på regionnivå bedrivs för närvarande av en utvecklingsstrateg inom division psykiatri- och habilitering. Primärvården deltar inte med egen bemanning i arbetet men kommer ges möjlighet att ta ställning till vårdkedjan i kommande remiss. Här uppmärksammas att suicid är en bredare fråga för hälso- och sjukvården och därmed aktuell även för andra verksamheter än psykiatri och primärvård.

Från öppenvården i Avesta uppges att gällande rutiner hålls aktuella genom utbildning (1,5 år sedan). Varje gång journalen tillförs uppgifter måste en förnyad suicidriskbedömning anges i journalen.

De intervjuade vid Hedemora vårdcentral uppger att akutmottagningen i Säter konsulteras vid suicidrisk.

Enhetschefen vid Domnarvets vårdcentral uppger att utbildning i suicidriskbedömning genomförs årligen vid vårdcentralen och personalen menar att de bedriver ett aktivt arbete med suicidriskbedömningar vilka måste dokumenteras i journal vid varje ny händelse.

Vårdplaner

Vårdplaner finns i ganska hög grad för psykiatrins patienter. Vid besökta enheter framstår det som att mottagningen i Avesta pga. den pressade arbetssituationen inte hinner upprätta

⁵ Lokal arbetsgrupp

vårdplaner i den utsträckning de önskar. De upplever att journalsystemet inte erbjuder ett gott stöd i arbetet med vårdplaner. Man uppger dock att behandlare tillsammans med patient sätter mål för behandlingen och att detta även utvärderas. Det framkommer att primärvården i viss mån har vårdplaner för sina patienter med psykiska besvär.

Uppföljning av behandlingsresultat sker enligt rutiner regelbundet av behandlare i dialog med patienten och i samband med ett besök. Det har dock inte framkommit att en systematisk samlad uppföljning sker av behandlingsresultat – för hela mottagningen eller för att utvärdera om de använda behandlingsmetoderna ger tillfredsställande resultat etc.

3.3.3 Patientföreträdarens uppfattningar om vården och samverkan

FUB Dalarna

FUB Dalarna är en förening som arbetar intressepolitiskt för medlemmar med intellektuella funktionsnedsättningar och många har även flerfunktionsnedsättningar. Härifrån framförs att vården behöver bli bättre på att anpassa sitt kommunikationssätt utifrån patienters kognitiva funktionsnedsättningar. Det är ofta inte möjligt för en patient med kognitiva svårigheter att själv initiera ett återbesök efter ett år men det ges exempel i intervjun på att detta förväntas. Exempel framkommer även på att anhörig nekats deltagande vid ett besök med motiveringen att patienten är vuxen. FUB efterlyser bättre kunskaper i AKK – Alternativ Kompletterande Kommunikation för att kunna öka förståelsen hos medlemmarna och slippa att de upplever att vårdens företrädare "pratar över huvudet" på dem.

Ett vanligt bekymmer för medlemmarna är att de inte möts av förståelse för att de kognitivt har samma ålder som de ser ut att ha. Patienten kan i dessa fall säga att den förstår fast den inte gör det. Det kan också leda till utåtagerande och behov av lugnande mediciner som egentligen inte hade behövts vid ett bättre initialt bemötande.

FUB Dalarna deltar i olika brukarråd med inget där man träffar företrädare för primärvården eller psykiatrin.

Attention Dalarna

Attention Dalarna är en brukarorganisation som företräder personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Företrädaren anser att det är dålig tillgänglighet till vård. Vuxna som behöver en neuropsykiatrisk utredning har svårt att få en remiss via primärvården och i de fall en remiss utfärdas är väntetiden flera år till en utredning. Enligt den intervjuade är andra behandlingar än läkemedel, nästan obefintliga. Generellt sett uppger den intervjuade att bemötandet inte är gott men undantag finns där medlemmar får ett bra bemötande. Det kan vara extra känsligt att ändra rutiner för många av medlemmarna. Ett tydligt exempel på en ändring i rutinen är byte av vårdnivå och eller behandlare. Detta anses vara rätt vanligt och oftast utan tillräcklig hänsyn till medlemmarnas funktionsnedsättningar.

En person med ADHD kan ha mycket svårt att pricka den timme i veckan som kanske finns för att kontakta sin behandlare.

Attention Dalarna deltar i regional brukarsamverkan inom psykiatrin. Möten hålls ca. två gånger per termin. Brukarorganisationen för fram sina synpunkter och upplever att Regionen under flera år har sagt att man "tar till sig" och "ska titta på det", men ingen ändring har noterats.

3.3.3 Kommentarer arbetet i praktiken

Primärvården har ett primärpreventivt uppdrag. I praktiken finns flera strukturella inslag i verksamheten som har påverkan på hur många som drabbas av psykisk ohälsa. Exempel på det är MVC och BVC. Utöver det finns vissa hälsofrämjande projekt och initiativ i form av föreläsningar. Intervjuade i primärvården ser området som att "detta hinns inte med". Det har inte heller framkommit att förstagångssökande har en särskild prioritet när de söker vård. Slutsatsen är att det idag inte finns en tydlig och sammanhållen strategi för att motverka att personer drabbas av psykisk ohälsa.

Tidigare har konstaterats att övergripande och lokala samverkansöverenskommelser finns på de utvalda orterna. Däremot visar intervjuerna att detta inte är liktydigt med att samverkan fungerar i praktiken. Eventuellt ger urvalet av enheter som intervjuats inte en representativ bild av hur samverkan fungerar i länet men vid de utvalda enheterna finns uppenbara brister vilka leder till klara risker att patienter faller mellan stolarna. Ansvarsfördelningen i praktiken liksom förekomsten av stödjande möten om gemensamma patienter uppvisar stora brister alternativt finns inte. I flera av de lokala överenskommelserna finns regler om hur eventuella oklarheter/tolkningssvårigheter ska lösas. Detta har dock inte hjälpt.

Situationen för patienter med neuropsykiatrisk problematik indikerar att det saknas en samsyn om hur denna grupp ska tas om hand på ett smidigt och förutsägbart sett. Situationen leder sannolikt till att patienter faller mellan stolarna och får vänta onödigt länge på tydliga besked eller utredning/behandling. Intervjun med företrädare för Attention Dalarna tyder också på detta. Ett angeläget utvecklingsarbete kopplat till detta har startat.

Vid trauma förefaller det finnas metoder både i primärvården och psykiatrin för identifiering samt råda hygglig enighet om vilken vårdnivå som ska ansvara för patienten i olika fall. Dock finns kapacitetsproblem inom öppenvårdspsykiatrin att kunna erbjuda läkande behandling i rimlig tid.

När det gäller metoder för att identifiera risk för och förebygga suicid finns både rutiner/regler och ett aktivt arbete med utbildning. Trots det saknas en helhetssyn på hur samverkan i en vårdkedja mellan vårdnivåerna ser ut i syfte att förebygga självmord. Ett sådant utvecklingsarbete på regionnivå bedrivs för närvarande.

Vårdplaner finns i ganska hög grad för psykiatrins patienter och sannolikt i mer begränsad grad vid mottagningen i Avesta pga. bemanningsproblem. Inom primärvården finns vårdplaner men i lägre grad än inom psykiatrin. Enligt våra intervjuer efterlevs kravet att löpande och tillsammans med patienten utvärdera behandlingsmål. Däremot sker ingen samlad och eller strukturerad uppföljning av behandlares eller mottagningars eller behandlingsmetoders förmåga att uppnå behandlingsmål.

De intervjuade patientföreningarna ger inte höga betyg till berörda verksamheter i hur de anpassar sig utifrån patienter med kognitiva och/eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Tidigare i denna granskning har konstaterats att det finns relevanta rutiner för bemötande (psykiatrin). Det som här framkommer tyder på att dessa rutiner inte tillämpas i tillräcklig grad. Det får antas att ett liknande säkerställande av bemötande behöver göras inom primärvården.

Det framkommer en splittrad bild av hur lätt eller svårt det är för patienter att hitta rätt i vården. Vår bedömning är att möjligheterna inte avgörs av den formella ansvarsfördelningen utan dels av hur tydlig informationen är till patienter generellt när de söker vård första gången och hur väl de guidas vidare efter en första kontakt. I detta senare skede finns risk för att det idag finns brister vid de intervjuade enheterna t.ex. i hur tydligt och snabbt man kommer vidare efter en remiss.

3.4 Data om samverkan och om tillgänglighet

3.4.1 Databaserad uppföljning av samverkan

Det finns idag ingen strukturerad databaserad uppföljning av hur väl samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatri fungerar.

Remissflöden

I samband med intervjuer och i kontakt med produktionschefen har identifierats att det skulle vara värdefullt att få data som speglar antalet patienter som remitteras men där remissen skickas tillbaka efter väldigt kort tid. Detta skulle kunna vara ett sätt att ringa in patienter som riskerar att - eller som faktiskt - faller mellan stolarna. Detta oberoende av om en snabb återremiss beror på att den ursprungliga remittenten inte gjort "sin del" innan remiss eller om mottagaren återremitterar av någon annan anledning.

Idag finns dock inte möjlighet att följa remisser/patienter på detta sätt. Regionens utdatamodell för remisser tittar på var den sista versionen av remissen är och det är därför idag inte möjligt att ta fram önskade data. Dock bör möjlighet att följa remisser på detta sätt ges i det nya vårdinformationssystemet.

Ett annat mått (där det idag inte heller går att få fram data) är "färdigbehandlade" patienter som återkommer med samma typ av besvär efter (för) kort tid.

Arbete pågår via produktionsenheten inom avdelning ledningsstöd och strategi på hälso- och sjukvårdsförvaltningen, att försöka skapa datamodeller och utdata för att bättre kunna följa samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatri.

Produktionsenheten har tagit fram uppgifter om de totala remissflödena mellan primärvård och vuxenpsykiatri:

Remissflödet från primärvården (inkl privata) till vuxenpsykiatri öppenvård jan-sept		Remissflödet från vuxenpsykiatri öppenvård till primärvården (inkl privata) jan-sept	
År	Antal remisser	År	Antal remisser
2023	1756	2023	1952
2024	1734	2024	1935

Flödena har varit likartade de jämförda perioderna. Vuxenpsykiatriens öppenvård skickar något fler remisser till primärvården än de tar emot från primärvården.

Avvikelser registrerade i Regionens avvikelshanteringssystem – Synergi Via Regionens Patientsäkerhetsenhet har data erhållits för antalet avvikelser som tillhör kategori "samverkan". Utfallet för de fyra senaste åren innebär att 0 – 4 avvikelser årligen skickats från primärvården till vuxenpsykiatri och lika många från vuxenpsykiatri till primärvården.

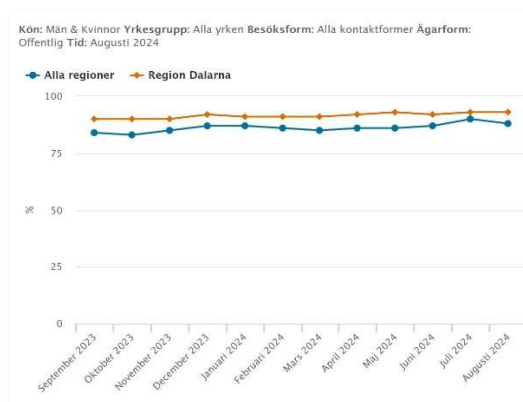
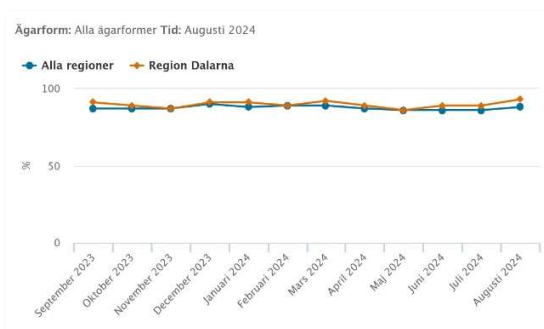
I utredningsrapporten "Hur vi kan driva omställningen till en nära vård inom området psykisk ohälsa" framgår att "I Synergi ses det tydligt att det finns en hel del att göra gällande samverkan i olika delar av länet. I samtal med utredaren framkommer att det är andra avvikelser vilka inte de facto registrerats som "samverkansavvikelse", som ligger bakom denna skrivning. Vid en noggrannare genomgång har de dock bedömts handla delvis om samverkan.

3.4.2 Tillgänglighet / väntetider (för fler diagram, se bilaga 3)

Primärvård

Ett viktigt observandum gällande presenterade data är att den nationella statistiken för primärvård inte särskiljer patienter med avseende på sökorsak (t.ex. psykisk ohälsa) utan uppgifterna finns bara för samtliga patienter.

Telefontillgängligheten (kontakt samma dag, det vänstra diagrammet nedan) ligger som riket eller något bättre i Region Dalarna, ca 90%.

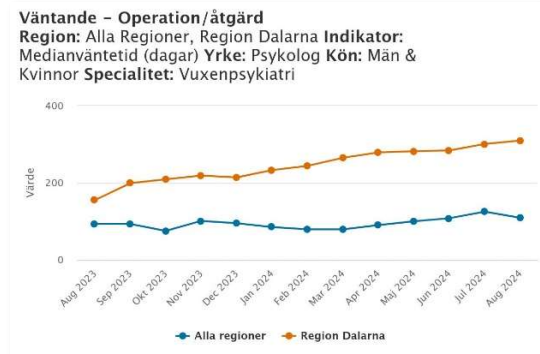
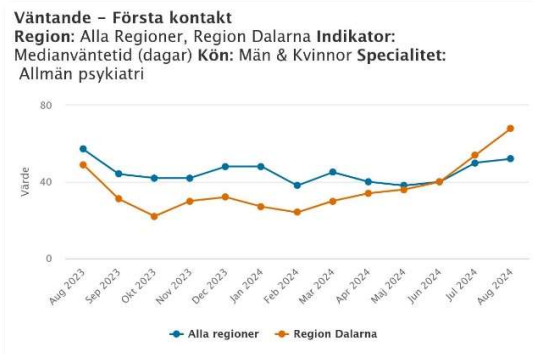


Region Dalarnas egna vårdcentraler klarar i något högre grad än rikssnittet att ge en medicinsk bedömning inom 3 dagar (högra diagrammet ovan). Denna något högre nivå tycks relativt stabil under de senaste 12 månaderna. De privata vårdcentralerna har en något lägre tillgänglighet till medicinsk bedömning men ändå ganska nära rikssnittet.

När denna data söks ut enbart för bedömning av psykolog framgår att de offentliga vårdcentralerna klarar gränsen i klart högre grad än i riket. De privata vårdcentralerna har en klart sämre tillgänglighet till bedömning av psykolog.

Psykiatri

Medianväntetiden till en första kontakt har under det senaste året länge legat klart bättre än rikssnittet. Sedan sommaren har dock situationen ändrats och väntetiderna är nu klart längre än rikssnittet i Region Dalarna, drygt 60 dagar. Det finns variation mellan mottagningarna och det är främst Falun och Avesta som här längre väntetider.



Väntetiden till behandling (operation/åtgärd ovan) har under det senaste året varit klart längre i Region Dalarna än i riket. Denna skillnad har ökat och medianväntetiden är mer än dubbelt så lång i Regionen jämfört med Riket. Om data bryts ner på enskild behandlande yrkesgrupp framgår att denna situation är ännu mer markant avseende väntetid till psykologbehandling. Här har väntetiderna ökat än mer i Region Dalarna än i Riket och är nu över 300 dagar som median. Detta är ungefär tre gånger längre än i riket.

Skillnader i tillgänglighet

Flera intervjuade uppger att samverkan och eventuellt tillgängligheten till vård är bättre i länets norra-västra delar. Samtidigt är det fler i dessa delar som har längre restider till en mottagning.

Att det skiljer i tillgänglighet mellan olika delar av länet framgår av genomförda intervjuer. Bland de verksamheter som studerats närmare i denna granskning är det främst öppenvårdspsykiatri i Avesta som har långa väntetider som under året också blivit längre. Situationen kommer sannolikt inte att kunna bli radikalt annorlunda innan man lyckas bemanna upp verksamheten.

3.4.3 Kommentarer data om samverkan och tillgänglighet

Idag saknas data som mer direkt mäter samverkan. Uppgifter om avvikelser finns i Regionens avvikelssystem men här framkommer inget anmärkningsvärt när avvikelser inom kategorin "samverkan" söks fram. Däremot finns andra förhållande som tydligt indikerar problem med samverkan enligt den person som genomfört den nyligen presenterade utredningen. Dessa har dock inte fångats upp som avvikelser inom kategorin samverkan.

Data om tillgänglighet till vård i primärvården har bristen att den inte särskiljer patienter med psykisk ohälsa. Vårdgarantigränserna upprätthålls dock ganska bra för primärvården generellt i Dalarna. Undantaget är tillgänglighet till bedömning hos psykolog för de privata vårdcentralerna som grupp, här finns längre väntetider än i riket.

Tillgängligheten till ett förstabesök i vuxenpsykiatrisk vård har under/efter sommaren drastiskt försämrats i Region Dalarna och har gått från att vara klart kortare till att vara klart längre än i riket. Detta innebär att i augusti fick 66% av patienterna tid inom 90 dagar som är vårdgarantigränsen. Väntetiderna till behandling har under senaste året hela tiden varit klart längre (ungefär dubbelt så lång) jämfört med riket. Vårdgarantigränsen (90 dagar) klarades för 17% av patienterna i augusti. Om dessa data studeras närmare framgår att

väntetiden till psykolog är ca tre gånger längre (över 300 dagar) i Dalarna jämfört med riket. I relation till vårdgarantigränsen fick 14% av patienterna i Dalarna ett behandlingsbesök hos psykolog inom 90 dagar mot 45% i riket.

3.5 Uppföljning och utveckling

3.5.1 Uppföljning av samverkansöverenskommelsen

När det gäller överenskommelsen om ansvars- och uppgiftsfördelning mellan primärvård och specialistpsykiatri skulle den ha följts upp 2019. Detta har dock inte skett bl.a. beroende på pandemin. Det råder dock ingen tvekan om att det finns synpunkter på hur överenskommelsen har fungerat. Flera intervjuade i denna granskning menar att en ny version behöver vara betydligt mer stödjande än den tidigare. Lokala överenskommelser har tagits fram i de flesta kommuner och granskats i detta uppdrag men på flera håll har de inte fungerat som ett stöd, varken för patientgruppen eller för verksamheten, och inte använts.

Även om den övergripande överenskommelsen inte har följts upp på det sätt som planerades vid tidpunkten för när den skrevs fram, så har ledningen arbetat vidare med frågan om samverkan och en ny samverkansöverenskommelse är under framtagande. Den tas fram av en grupp med medarbetare från både primärvård och psykiatri på uppdrag av divisionscheferna.

Under 2024 har den förra divisionschefen för psykiatri och habilitering genomfört en utredning på uppdrag av nuvarande divisionschefer för primärvård och psykiatri - habilitering. I avsnitt 3.5.3 beskrivs utredningens förslag. Utredningen bygger på bl.a. följande konstateranden och slutsatser om den hittillsvarande samverkan mellan primärvården och psykiatrin:

- Det saknas fortfarande mycket kunskap inom området psykisk ohälsa och det är svårt att med exakthet dela upp sjukdomstillstånd i symtom, art och grad. Vilket i sig medför att upprättade samverkansavtal mellan divisionerna inte heller kan följas med exakthet utan kräver en ansvarstagande vård med stort mått av personcentrering och flexibilitet.
- Divisionerna för primärvård och psykiatri och habilitering har (minst) ett område som är gemensamt och det är området psykisk ohälsa. Utöver det så finns det ofta brister för psykiatrins patienter att få tillgång till somatisk vård varför en närmare lokalisering väntas gynna patienterna på flera sätt.
- Struktureringen med baspsykiatri, öppenvårdspsykiatri och första linjens psykiatri har förändrats under många år tillbaka. Uppdragen har ändrats och omformulerats ett antal gånger. Samverkan har alltid varit svår att få till vilket också är en naturlig reaktion på att vi ritar upp organisatoriska gränser där vi helt omedvetet inför diken som patienterna tenderar att hamna i när vi i organisationen inte kan enas om vem som har ansvar för just detta tillstånd eller besvär. Särskilt svårt tenderar det att vara där olika delar av en organisation har ansvar för samma problem/diagnoser men av olika allvarlighetsgrad, som är fallet mellan primärvård och psykiatri. Där det rapporterats att det fungerar allra bäst är där de som finns i organisationen har haft modet att gå över gränserna åt båda håll. Allt med patienternas bästa som mål.

3.5.2 Uppföljning av samverkan utifrån vårdvalet

Vårdvalsenheten i Region Dalarna gör ingen uppföljning av hur vårdcentralerna klarar uppdraget om Psykosocial och psykologisk behandling för vuxna. Enligt vårdvalschefen behöver skrivningarna om samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatri förtydligas och utvecklas i kommande avtal om vårdcentralsuppdraget. Det finns dock inga direkta planer på ett sådant förtydligande enligt vad som lagts fram till Regionstyrelsen om förestående förändringar från Vårdvalsberedningen.

3.5.3 Utvecklings- och förändringsarbete

Vid Hälso- och sjukvårdsnämndens arbetsutskotts möte i september 2024 presenterade förvaltningen en rapport:

"Hur vi kan driva omställningen till en nära vård inom området psykisk ohälsa"

En del i bakgrunden till förslaget är flera exempel/försök i norra/västra Dalarna där psykiatri- och primärvårdsresurser samlokaliseras eller på annat sätt arbetat nära varandra.

I rapporten presenteras förslag på omdisponering av psykiatrins resurser och utbudspunkter i syfte att skapa bättre samverkan med primärvården. Andra ambitioner är att:

- minska dubbelarbetet mellan primärvården och psykiatri,
- psykiatri ska arbeta mer integrerat med primärvården,
- patienter ska få vård på rätt vårdnivå,
- utveckla arbetssätt och strukturer.

Förslaget innebär kortfattat:

- Den specialiserade psykiatriska öppenvården för vuxna består av en mer basal nivå (1) och en mer specialiserad nivå (2). Tanken är att en sjuksköterskeresurs från öppenvårdspsykiatri (nivå 1) ska finnas/flyttas ut till varje vårdcentral.
- Nivå 2 finns idag på fem orter (öppenvårdsmottagningar): Mora, Falun, Borlänge, Avesta och Ludvika och till viss del, men inte ett komplett utbud, även i Gagnef. Enligt förslaget koncentreras mottagningar som erbjuder nivå 2 till fyra orter – Mora, Falun, Avesta och Ludvika.

Utveckling avseende uppföljning

Båda divisionscheferna är tydliga med att en bättre uppföljning är nödvändig av verksamheternas resultat. Krav på att använda enhetliga skattningsskalor både i primärvården och inom psykiatri kommer att införas liksom mätning och registrering av värde vid behandlingsstart och behandlingslut. Baserat på detta kommer en strukturerad resultatmätning att kunna ske.

När det gäller uppföljningen av primärvård via vårdvalet ser planerna ut enligt följande: Vårdvalsenheten önskar att vårdcentralerna börjar jobba internt på respektive vårdcentral med indikatorer inom ramen för Primärvårdskvalitet. I ett senare skede kan detta vidgas så att utvalda indikatorer kommer vara del av ersättningsbilagan i Vårdval primärvård.

Annat pågående utvecklingsarbete

Arbete har startat för att ta fram gemensamma vårdprogram för primärvård och psykiatri. Först ut är kartläggning av ADHD och arbetet har genomförts i en gemensam arbetsgrupp mellan divisionerna.

3.5.4 Kommentarer och bedömningar Uppföljning och utveckling

I samband med faktagranskningen av denna rapport framkommer att berörda verksamhetsföreträdare i denna granskning inte varit delaktiga i eller känt till utredningen *"Hur vi kan driva omställningen till en nära vård inom området psykisk ohälsa"*. Förhållandet är märkligt.

Vår bedömning är att samverkan har stora brister vid de enheter (öppenvård psykiatri och vårdcentraler) som valts ut för intervjuer. Det är uppenbart att samverkansdokumenten där inte varit eller är till stöd i arbetet med att uppnå en välfungerande samverkan. Men det framstår också som att andra faktorer än skrivna dokument har stor betydelse för att skapa en konstruktiv och välfungerande samverkan. Flera goda exempel på fungerande samverkan i norra-västra länsdelen lyfts fram av intervjuade, detta trots att samma länsövergripande överenskommelse gäller här. Troligen är det mer av personliga initiativ och ledarskap som i praktiken avgör hur väl samverkan lyckas. Att det i botten finns en tydlig ansvarsfördelning torde även i fortsättningen vara en grundförutsättning. Samverkansmöten bör syfta till att teamet runt en patient förutsättningslöst undersöker på vilka olika sätt verksamheternas olika kompetenser på bästa sätt kan samverka för patientens bästa.

Utredningen om en ny struktur för främst vuxenpsykiatri, bygger bl.a. på konstateranden om att det idag finns brister i samverkan. Vidare hänvisas till goda erfarenheter från flera tester/försöksprojekt, främst i norra-västra Dalarna för att föreslå en omställning i syfte att uppnå en bättre samverkan. Dock presenteras inga objektiva data som visar att samverkan fungerat bättre, att tillgängligheten ökat och att behandlingsresultaten förbättrats för berörda patientgrupper på de orter där tester/försöksprojekt genomförts.

Det är angeläget att snabbt införa sådan resultatmätning som de båda divisionscheferna är inne på. Detta gäller oberoende av om den organisatoriska förändringen genomförs eller inte. Förutom att införa uppföljning som baseras på en "före och eftermätning" kopplat till vårdepisoden bör även uppföljning ske efter ytterligare tid kanske ett år. Detta för att vårdgivaren ska kunna veta om de tidigare åtgärder var verksamma.

Hur samverkan mellan två vårdgrannar fungerar är en inte särskilt träffsäker indikator på hur bra vården fungerar för att stödja och hjälpa patienter med psykisk ohälsa. Med en strukturerad resultatmätning kommer betydligt intressantare data att finnas.

4 Svar på övergripande revisionsfråga och revisionsfrågor

Den övergripande revisionsfrågan besvaras sist i detta avsnitt, dvs. efter att revisionsfrågorna besvarats.

Revisionsfrågor:

1. Finns ett verkningsfullt arbete med att begränsa hur många nya som drabbas av psykisk ohälsa genom förebyggande insatser och genom att mycket snabbt kunna erbjuda adekvat hjälp till dem som söker vård för första gången?

Historiskt finns strukturer som bl.a. har ett preventivt syfte (BVC/MVC) och i övrigt finns olika initiativ men det saknas en tydlig och sammanhållen strategi.

2. Är regionens styrning av vården för vuxna patienter med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom ändamålsenlig och effektiv?
 - Finns någon utsedd som har särskild uppmärksamhet (processledare) övergripande kring individer med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom?

Nej, en sådan funktion/person finns inte men frågan har under flera år stått i fokus inom båda divisionerna vilket tidigare och pågående utvecklingsarbeten visar.

- Finns en kvalificerad och aktuell bedömning av
 1. hur många individer som finns i målgruppen,
Nej.
 2. hur stor del av dessa individer som för tillfället har pågående vårdkontakter
Ja, detta finns i Regionens vårdinformationssystem.
 3. hur stor "behovstäckningen" är – får alla hjälp av dem som behöver primärvårdens och/eller psykiatrins insatser?
Nej.
 4. hur eventuella skillnader i tillgång till vårdinsatser ser ut: socioekonomiskt, geografiskt mm och i förekommande fall åtgärder för att minska skillnader?
Denna fråga överlappar andra frågor och svar lämnas nedan.
- Är det uttalat att kontakterna ska präglas av empati, medbestämmande och kontinuitet och ska bidra till att individen genom läkning kan ha ett så självständigt och fullvärdigt liv som möjligt?
Inom psykiatri finns en policy för bemötande, dock framkommer att intervjuade patientföreningar upplever brister i tillämpning. Ambitionen att uppnå läkning uttalas inte explicit i Regionens dokument men finns med som mål i t.ex. Vård- och insatsprogram.
- Finns verkningsfulla metoder för att identifiera patienter med trauma samt kompetens och resurser att erbjuda läkande behandling för dessa?
Det finns verkningsfulla metoder för identifiering men kapacitetsproblem gör det svårt att erbjuda tid till läkande behandling i rimlig tid.
- Finns verkningsfulla metoder för att identifiera risk för och förebygga suicid?
Metoder finns och ett aktivt arbete med utbildning sker vid besökta verksamheter. Trots det saknas en helhetssyn på hur samverkan i en

vårdkedja mellan vårdnivåerna ser ut i syfte att förebygga självmord. Ett sådant utvecklingsarbete på regionnivå bedrivs för närvarande.

- Är det uttalat att varje individ ska ha en individuell vårdplan som tagits fram i samråd med patient/anhöriga? Där ska framgå vad hälso- och sjukvårdens insatser ska leda till för patienten (eventuellt är detta något som uppnås i samverkan med andra, t.ex. socialtjänsten i personens hemkommun), det är alltså inte tillräckligt att vårdplanen beskriver vilka åtgärder/insatser/behandlingar som ska genomföras.
Ja detta är tydligt.

- Är det uttalat att vårdplanerna ska följas upp, dvs om de leder till det som var önskvärt för patienten? Både för respektive patient men även i ett systemperspektiv.
Vårdplaner finns i ganska hög grad för psykiatrins patienter och sannolikt i mer begränsad grad vid mottagningen i Avesta pga. bemanningsproblem. Inom primärvården finns vårdplaner men i lägre grad än inom psykiatrin. Enligt våra intervjuer efterlevs kravet att löpande och tillsammans med patienten utvärdera behandlingsmål. Däremot sker ingen samlad och eller strukturerad uppföljning av behandlares eller mottagningars eller behandlingsmetoders förmåga att uppnå behandlingsmål.

3. Är ansvarsfördelningen mellan vuxenpsykiatrins vårdformer och primärvården tydlig och utformad på ett ändamålsenligt och effektivt sätt?

- Framgår att och hur regelbundna lokala samverkansmöten genomförs mellan primärvårdens och psykiatrins (både öppen- och slutenvård) kontaktpersoner?
- Finns ett sätt/en rutin att skyndsamt avgöra vem som ansvarar för vad när eventuella oklarheter/tolkningssvårigheter uppkommer?
- Fungerar ansvarsfördelningen även i praktiken?
Samlat svar: Övergripande och lokala samverkansöverenskommelser finns på de utvalda orterna liksom både en mötesordning och teoretiska rutiner för att reda ut oklarheter. Däremot visar intervjuerna att detta inte är liktydigt med att samverkan fungerar i praktiken. Eventuellt ger urvalet av enheter som intervjuats inte en representativ bild av hur samverkan fungerar i länet men vid de utvalda enheterna finns uppenbara brister vilka leder till klara risker att patienter faller mellan stolarna. Ansvarsfördelningen i praktiken liksom förekomsten av stödjande möten om gemensamma patienter uppvisar stora brister alternativt finns inte.

5. Fungerar samverkan mellan vuxenpsykiatrins vårdformer och primärvården på ett ändamålsenligt och effektivt sätt i hela länet? Om inte, vad är orsaken?

Nej. Flera intervjuade uppger att samverkan och eventuellt tillgängligheten till vård är bättre i länets norra-västra delar. Samtidigt är det fler i dessa delar som har längre restider till en mottagning. Att det skiljer i tillgänglighet mellan olika delar av länet framgår av genomförda intervjuer. Bland de verksamheter som studerats närmare i

denna granskning är det främst öppenvårdspsykiatri i Avesta som har långa väntetider som under året också blivit längre. Situationen kommer sannolikt inte att kunna bli radikalt annorlunda innan man lyckas bemanna upp verksamheten. Andra orsaker är skillnader i samarbetsförmåga och ledarskap lokalt.

5. Bidrar ansvarsfördelningen, samverkan e t c mellan vuxenpsykiatriens vårdformer och primärvården till att:
 - a. det är tydligt vart patienten ska vända sig för att få vård?
Det framkommer en splittrad bild av hur lätt eller svårt det är för patienter att hitta rätt i vården. Vår bedömning är att möjligheterna inte avgörs av den formella ansvarsfördelningen utan dels av hur tydlig informationen är till patienter generellt när de söker vård första gången och hur väl de guidas vidare efter en första kontakt. I detta senare skede finns risk för att det idag finns brister vid de intervjuade enheterna t.ex. i hur tydligt och snabbt man kommer vidare efter en remiss.
 - b. alla patienter har en rimligt likvärdig tillgång till adekvat vård (t ex att det inte finns geografiska eller andra skillnader i tillgången till vård)?
Idag leder den - enligt flera intervjuade - bättre samverkan i norra-västra dalarna till en bättre tillgänglighet till vård där. Samtidigt har många som bor i dessa delar längre resväg till en mottagning.
 - c. inga patienter faller mellan stolarna (är det t ex tydliggjort vem som ansvarar för patienten efter att denna t ex erhållit remiss till annan vårdnivå)? Dessvärre tyder denna granskning på att det finns risk att patienter faller mellan stolarna.
 - d. vårdgarantin för patientgruppen uppfylls?
Vårdgarantin uppfylls i hög eller ganska hög grad inom primärvården generellt men data avser alla patienter inte specifikt de som har psykisk ohälsa. Inom vuxenpsykiatri uppfylls vårdgarantin i betydligt sämre grad och en försämring kan också noteras under året.
6. Bidrar ansvarsfördelning och samverkan e t c till att Regionens personalresurser används på ett ändamålsenligt och effektivt sätt?
 - a. Framgår det (t.ex. utifrån typfall) vilken kompetens som patienten ska få träffa och i vilken omfattning?
Nej detta framgår inte men vårdprogramarbete utvecklas för närvarande där bl.a. detta kommer framgå.
7. Är uppföljning och utvärdering av ansvarsfördelning, samverkan e t c mellan primärvård och vuxenpsykiatri ändamålsenlig och effektiv?
Den utredning och det förslag om ny struktur för psykiatri som lagts fram nyligen innebär att erfarenheter från flera tester/försöksprojekt i norra-västra Dalarna bildar mönster för en ny struktur. Önskvärt hade varit om det funnits mer data för att belysa samverkan och inte minst data om hur väl verksamheterna lyckas att stödja och hjälpa patienterna till läkning.

Övergripande revisionsfråga:

Den övergripande revisionsfrågan är att bedöma om ansvarsfördelning och samverkan mellan vuxenpsykiatri (såväl öppen som sluten psykiatri) och primärvård är ändamålsenlig och säkerställer att patienter med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom får tillgång till en adekvat vård i hela länet.

Svar på övergripande revisionsfråga

En hel del utvecklingsarbete har genomförts med koppling till samverkan och det har nyligen presenterats en utredningsrapport som kommer med förslag för att förbättra samverkan. Trots det och med beaktande av att vi identifierat risker att patienter faller mellan stolarna samt den låga tillgängligheten inom vuxenpsykiatri (speciellt till behandling) är vår bedömning att samverkan inte är ändamålsenlig och att det inte är säkerställt att patienterna får tillgång till en adekvat vård i hela länet.

Andreas Endrédi
Certifierad kommunal revisor
Uppdragsansvarig

Malin Endrédi
Leg psykolog
Leg psykoterapeut
Certifierad handledare

Bilaga 1 Metod

Revisionskriterier

Bedömningar i denna granskning har skett utifrån följande:

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Patientlagen
- Nationella riktlinjer
 - ADHD och Autism
 - Missbruk och beroende
 - Depression och ångestsyndrom
- Egen analysmodell, se bilaga 2

Intervjuer

Intervjuer har skett med följande befattningshavare:

- a) Ordförande och 2:e vice ordförande i
 - a) Regionstyrelsen
 - b) Hälso- och sjukvårdsnämnden
- b) Hälso- och sjukvårdsdirektör
- c) Divisionschef Psykiatri och habilitering
- d) Divisionschef Primärvård
- e) Samordnare / processledare för samverkan kring den granskade målgruppen
- f) Primärvård:
 - a) Hedemora vårdcentral
 - a) Enhetschef
 - b) Personalgrupp
 - b) Domnarvets vårdcentral Borlänge
 - a) Enhetschef
 - b) Personalgrupp
- g) Psykiatrisk öppenvård:
 - a) Avesta
 - a) Enhetschef
 - b) Personalgrupp
 - b) Borlänge
 - a) Enhetschef
 - b) Personalgrupp
- h) Psykiatrisk slutenvård:
 - a) Säter
 - a) Enhetschef
 - b) Personalgrupp
 - b) Falun
 - a) Enhetschef
 - b) Personalgrupp
- i) Företrädare för patientföreningar
 - a) FUB Dalarna
 - b) Attention Dalarna

Dokument

Följande dokument har granskats:

- Senaste regionplan och regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan

- Regelbok / förfrågningsunderlag vårdval primärvård - primärvårdens uppdrag kopplat till den granskade målgruppen
- Överenskommelse om samverkan för kommuner och landsting i Dalarnas län kring personer med psykiska funktionsnedsättningar från 18 år
- Överenskommelse om ansvar- och uppgiftsfördelning mellan primärvård och specialistpsykiatri (både för regionen och för flera orter)
- Professionella riktlinjer i Regionen som tar upp bemötandefrågor och behandlingsriktlinjer för den granskade målgruppen
- Psykiatrins Vårdprogram för suicidnära patienter
- Lokala rutiner för suicidriskbedömning
- Regionala riktlinjer om när/hur individuella vårdplaner ska upprättas och följas upp
- Utredningsrapporten: "Hur kan vi driva omställningen till en nära vård inom området psykisk ohälsa"
- Data om primärvården och vuxenpsykiatri från www.vardenisiffror.se och från www.vantetider.se

Bilaga 2 Analysmodell

Kriterier som säkerställer att patienter med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom får tillgång till en adekvat vård i hela länet.

- Det bör finnas någon utsedd som har särskild uppmärksamhet kring hur samverkan fungerar för individer med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Den som har denna funktion bör regelbundet värdera hur samverkan fungerar och föreslå utvecklings-/förbättringsåtgärder.
- Det behöver finnas en kvalificerad bedömning av hur många individer som finns i målgruppen och hur stor del av dessa individer som för tillfället har pågående vårdkontakter
- Det behöver finnas en kvalificerad bedömning av hur stor "behovstäckningen" är – får alla hjälp av dem som behöver primärvårdens och/eller psykiatrins insatser?
- Det behöver finnas en bedömning av hur eventuella skillnader i tillgång till vårdinsatser ser ut: socioekonomiskt, geografiskt mm
- Det behöver finnas ett verkningsfullt arbete med att begränsa hur många nya som drabbas av psykisk ohälsa genom förebyggande insatser och genom att mycket snabbt kunna erbjuda adekvat hjälp till dem som söker vård för första gången
- Hälso- och sjukvården behöver ha verkningsfulla metoder för att identifiera patienter med trauma samt för dessa ha kompetens och resurser att erbjuda läkande behandling
- Hälso- och sjukvården behöver ha verkningsfulla metoder för att identifiera risk för suicid och för att förebygga suicid
- Kontakterna ska präglas av empati, medbestämmande och kontinuitet och ska bidra till att individen genom läkning kan ha ett så självständigt och fullvärdigt liv som möjligt.
- Varje individ ska ha en individuell vårdplan som tagits fram i samråd med patient/anhöriga. Där ska framgå vad hälso- och sjukvårdens insatser ska leda till för patienten (eventuellt är detta något som uppnås i samverkan med andra, t.ex. socialtjänsten i personens hemkommun), det är alltså inte tillräckligt att vårdplanen beskriver vilka åtgärder/insatser/behandlingar som ska genomföras
- Vårdplanerna (dvs om de leder till det som var önskvärt för patienten) ska följas upp. Både för respektive patient men även i ett systemperspektiv.
- Uppgiftsfördelningen mellan primärvård och vuxenpsykiatri ska finnas tydligt beskriven. T.ex. bör utifrån typfall framgå vilken kompetens som patienten ska få träffa och i vilken omfattning. Det bör även framgå att och hur regelbundna lokala samverkansmöten genomförs mellan primärvårdens och psykiatrins (både öppen- och slutenvård) kontaktpersoner. Fördelningen bör vara accepterad av de som arbetar med målgruppen och det bör finnas ett sätt att skyndsamt avgöra vem som ansvarar för vad när eventuella oklarheter/tolkningssvårigheter uppkommer
- Uppgiftsfördelningen ska regelbundet vara föremål för uppföljning, utvärdering och vid behov förbättring

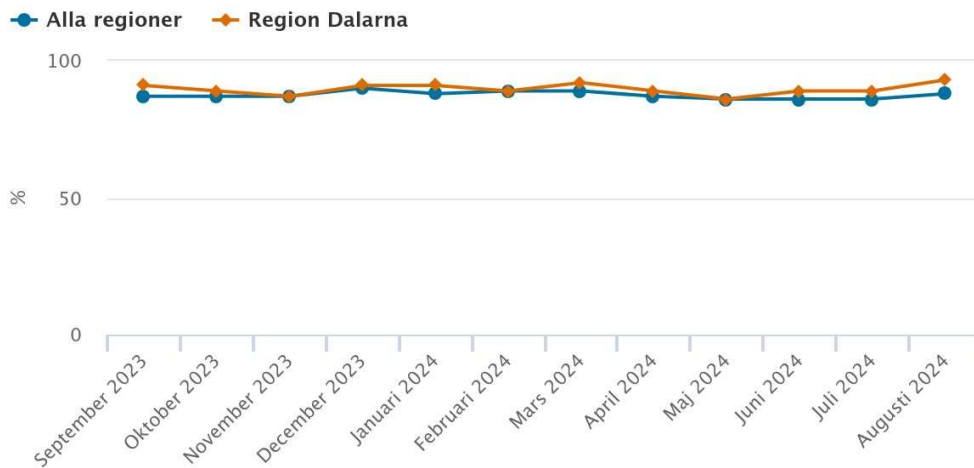
Bilaga 3 Datasammanställning

Tillgänglighetsdata från Väntetider i vården (www.vantetiderivarden.se)

Primärvård

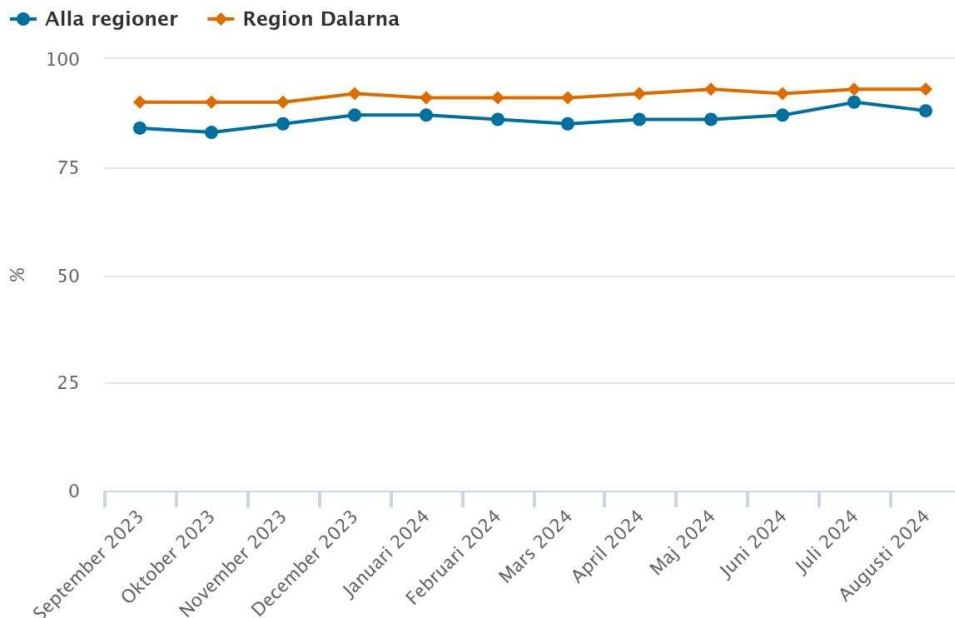
Telefontillgänglighet

Ägarform: Alla ägarformer Tid: Augusti 2024



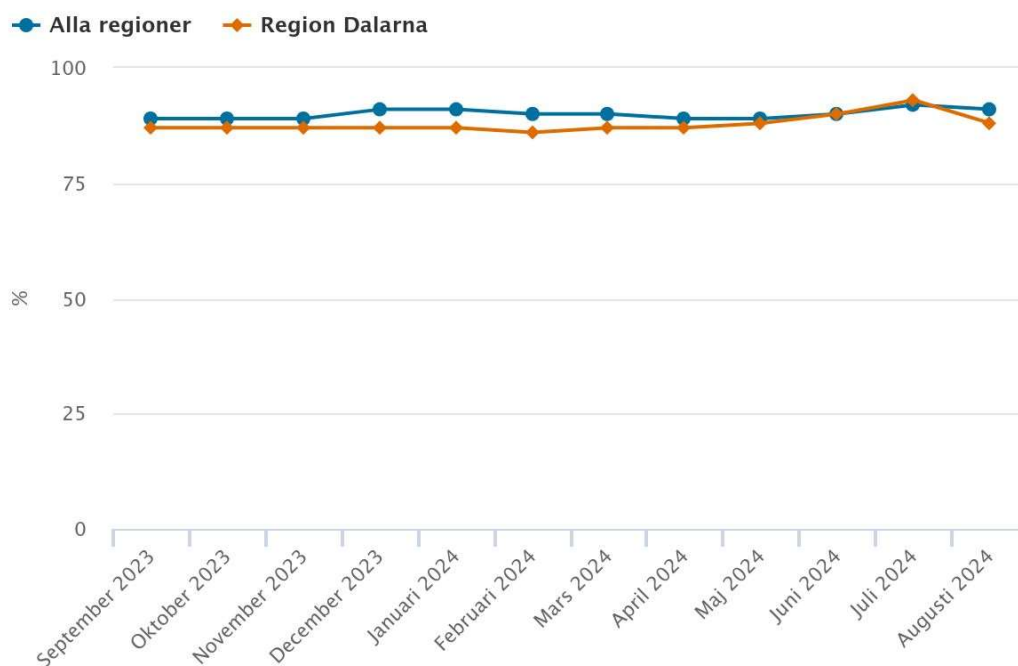
Medicinsk bedömning inom 3 dagar Regionens VC

Kön: Män & Kvinnor Yrkesgrupp: Alla yrken Besöksform: Alla kontaktformer Ägarform: Offentlig Tid: Augusti 2024



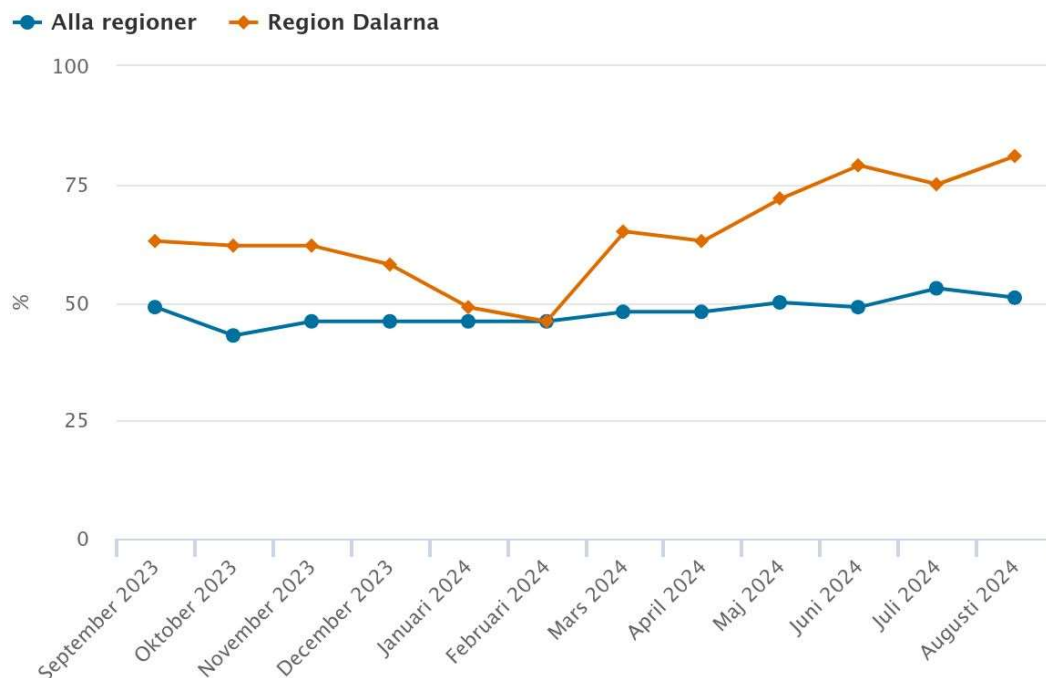
Medicinsk bedömning inom 3 dagar privata VC

Kön: Män & Kvinnor Yrkesgrupp: Alla yrken Besöksform: Alla kontaktformer Ägarform: Privat Tid: Augusti 2024



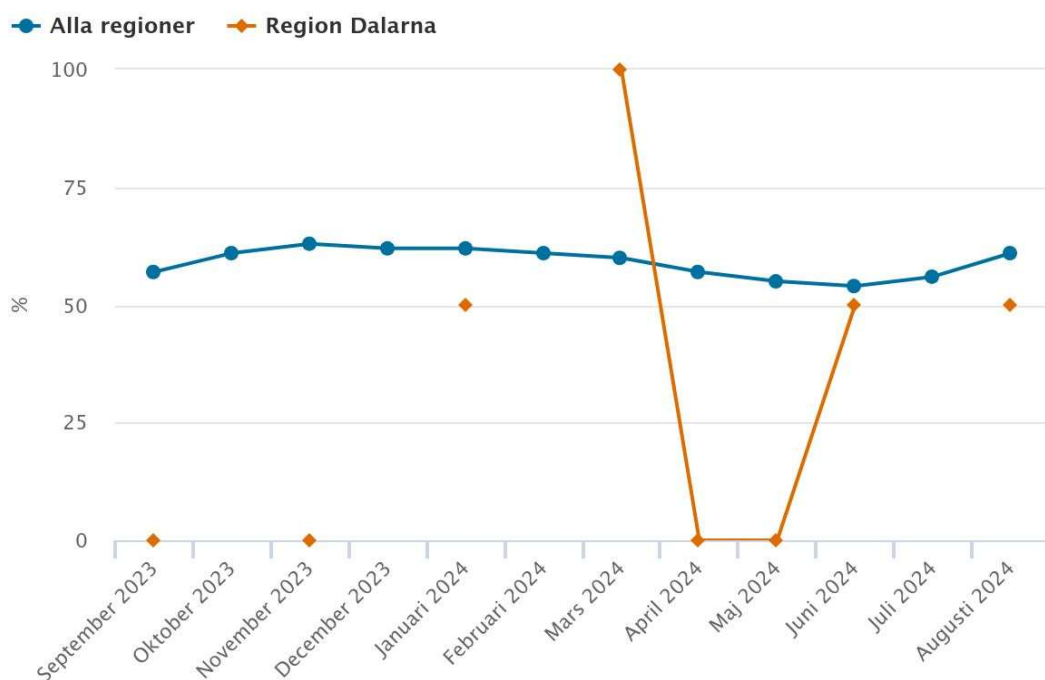
Medicinsk bedömning inom 3 dagar av psykolog Regionens VC

Kön: Män & Kvinnor Yrkesgrupp: Psykolog Besöksform: Alla kontaktformer Ägarform: Offentlig Tid: Augusti 2024



Medicinsk bedömning inom 3 dagar av psykolog privata VC

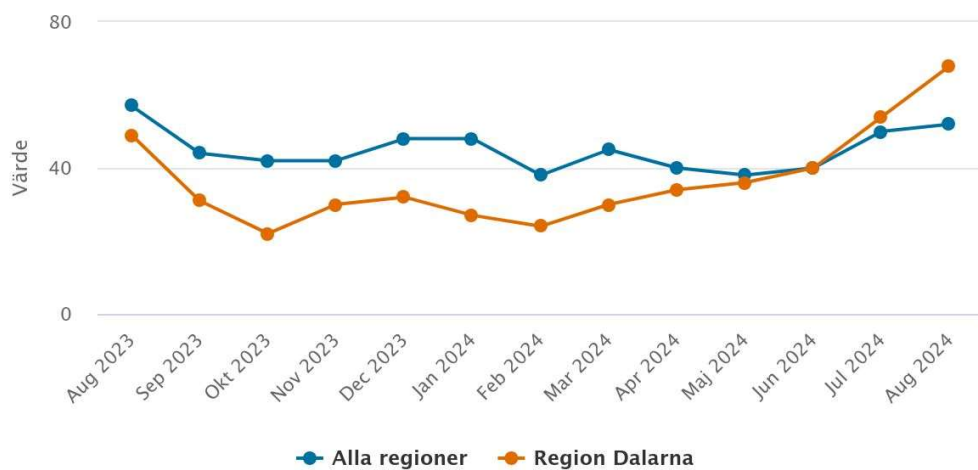
Kön: Män & Kvinnor **Yrkesgrupp:** Psykolog **Besöksform:** Alla kontaktformer **Ägarform:** Privat **Tid:** Augusti 2024



Vuxenpsykiatri

Väntande - Första kontakt

Region: Alla Regioner, Region Dalarna **Indikator:** Medianväntetid (dagar) **Kön:** Män & Kvinnor **Specialitet:** Allmän psykiatri

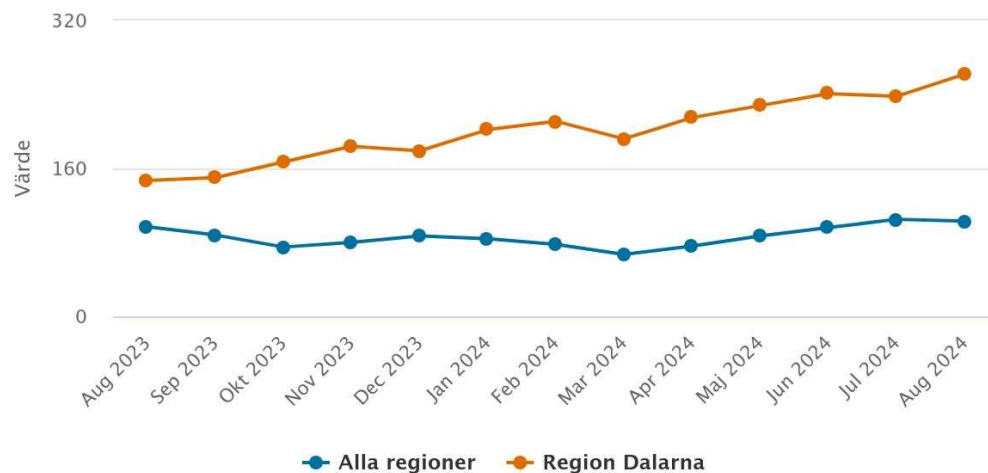


Väntande – Operation/åtgärd

Region: Alla Regioner, Region Dalarna **Indikator:**

Medianväntetid (dagar) Kön: Män & Kvinnor **Specialitet:**

Vuxenpsykiatri



Väntande – Operation/åtgärd

Region: Alla Regioner, Region Dalarna **Indikator:**

Medianväntetid (dagar) Yrke: Psykolog **Kön:** Män &

Kvinnor Specialitet: Vuxenpsykiatri

