



Vårdkedjan för personer med psykisk funktionsnedsättning - Samgranskning Dalarna

Region Dalarna

2019-10-07

Innehåll

<u>1</u>	<u>Sammanfattning, slutsatser och rekommendationer</u>	1
<u>1.1</u>	<u>Revisionell bedömning</u>	3
<u>1.2</u>	<u>Rekommendationer</u>	3
<u>2</u>	<u>Inledning/bakgrund</u>	5
<u>2.1</u>	<u>Revisionsfrågor</u>	5
<u>2.1.1</u>	<u>Delfrågor och svar utifrån granskningen:</u>	6
<u>2.2</u>	<u>Avgränsning</u>	6
<u>2.3</u>	<u>Projektorganisation/granskningsansvariga</u>	6
<u>2.4</u>	<u>Metod och projektorganisation</u>	6
<u>2.5</u>	<u>Revisionskriterier</u>	7
<u>3</u>	<u>Resultat av granskningen</u>	8
<u>3.1</u>	<u>Övergripande om Region Dalarnas arbete med stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning</u>	8
<u>3.1.1</u>	<u>Dataunderlag och kunskap om hur bra regionens verksamhet är för målgruppen</u>	8
<u>3.1.2</u>	<u>Mål och strategi</u>	11
<u>3.1.3</u>	<u>Organ och samarbete i länet och regionens deltagande</u>	14
<u>3.1.4</u>	<u>Organisation, roller och ansvar och samordning inom Region Dalarna</u>	17
<u>3.1.5</u>	<u>Uppföljning</u>	18
<u>3.2</u>	<u>Arbetet i praktiken för personer med psykisk funktionsnedsättning i regionen</u>	22
<u>3.2.1</u>	<u>Generellt om arbetet för att tillgodose behov hos målgruppen</u>	22
<u>3.2.2</u>	<u>Arbetet med att säkerställa kompetensen hos medarbetarna när det gäller förmågan att tillhandahålla stöd utifrån målgruppens behov</u>	22
<u>3.2.3</u>	<u>Särskilda insatser eller uppmärksamhet kring gruppen äldre med psykisk funktionsnedsättning</u>	23
<u>3.2.4</u>	<u>Förebyggande arbete för att förhindra psykisk ohälsa</u>	23
<u>3.2.5</u>	<u>Kommentarer och bedömningar</u>	24
<u>3.2.6</u>	<u>Utbud och tillgång till hälso- och sjukvård i rimlig tid</u>	24
<u>3.2.7</u>	<u>Kommentarer och bedömningar angående utbud och tillgång till vård i rimlig tid</u>	30
<u>3.2.8</u>	<u>Målgruppens och de intervjuades och uppfattningar om hur vårdkedjan fungerar</u>	31
<u>3.2.9</u>	<u>Kunskapen om hur berörda individer upplever att samverkan fungerar</u>	35



<u>3.2.10</u>	<u>Kommentarer och bedömningar angående vårdkedjans funktion och kunskapen om hur berörda individer upplever att vårdkedjan fungerar</u>	36
<u>3.3</u>	<u>SIP:ar – substansgranskning, en sammanställning</u>	36
<u>3.3.1</u>	<u>Kommentarer och bedömningar</u>	37
<u>4</u>	<u>Svar på revisionsfrågor</u>	39
	<u>Övergripande revisionsfråga</u>	40
	<u>Bilaga 1 Metod</u>	41
	<u>Bilaga 2 Metod substansgranskning SIP:ar</u>	42

1 Sammanfattning, slutsatser och rekommendationer

KPMG och PwC har på uppdrag av Region Dalarnas revisorer och revisorerna i flertalet av kommunerna i Dalarna genomfört en granskning av vårdkedjan för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Syftet med granskningen har varit att granska ändamålsenlighet och effektivitet i vårdkedjan för personer med psykisk funktionsnedsättning som är i behov av insatser från såväl kommun som region. Detta innebär att bedöma om samverkan i vårdkedjan för målgruppen planeras, styrs, genomförs, utvärderas och förbättras på ett tillfredsställande sätt.

Granskningen visar sammanfattningsvis att:

- Det finns mål och uppdrag som adresserar den granskade målgruppen. Generellt gäller att det främst är de övergripande målen och syftbeskrivningarna som fångar upp de viktiga värden ur samhällssynvinkel som ska uppnås. Styrdokumenten ger i huvudsak uttryck för vilka förändringar som ska ske (aktiviteter) snarare än vilka värden som ska uppnås/skapas för individer med psykisk funktionsnedsättning.
- Det granskade området ägnas alltmer uppmärksamhet på statlig och nationell nivå. Stimulansmedel tillförs sedan flera år inom områden med krav på redovisning av hur medel använts och vilka resultat som uppnåtts. Det senare torde innebära en stor utmaning att leva upp till för berörda huvudmän i Dalarna. Hittills i det länsgemensamma arbetet har det inte presenterats uppföljningar som påvisar vilka resultat som uppnåtts.
- Under ett flertal år har det funnits en etablerad samverkan med relevans för den granskade målgruppen. Strukturen är dock under omstöpning och formellt är det inte klart hur den nya samverkan ska organiseras. Ambitionen är att skapa en större behovsorientering och att det nya sättet att organisera arbetet i särskilda arbetsgrupper ska passa bättre i relation till den nationella satsningen på kunskapsstyrning. Vi ser dock en risk att den nya organisationen sprider ansvaret eller försvårar helhetssynen ytterligare. Någon på länsnivå bör tilldelas rollen att ha överblick över vårdkedjans starka sidor och dess utvecklingsområden och föreslå relevanta generella åtgärder.
- De handlingsplaner som årligen tagits fram för respektive RUG-grupp är ambitiösa men saknar en strikt uppföljning/utvärdering av om de leder mot att uppnå de samhällsvärden som ska skapas för målgruppen.
- Det finns en etablerad samverkan med brukarorganisationer. Representanter för dessa ger uttryck för behov av förbättringar på flera områden såsom samordning och bemötande. En positiv signal framkommer när det gäller att representanterna upplever att deras synpunkter får allt mer gehör hos Regionen.
- Beträffande uppföljning visar granskningen att de data som används har ett huvudsakligt fokus på mått/indikatorer som speglar aktiviteter och strukturkvalitet, inte resultat kvalitet. Data saknas som direkt visar hur väl

vårdkedjan fungerar och i vilken grad kommuner och Regionen i samverkan lyckas nå ambitioner om exempelvis ökad självständighet för individer i målgruppen.

- Det finns problem med att rekrytera och behålla personal. Flera intervjuade uttrycker att det inom psykiatrin är brist på läkare, psykologer och sjuksköterskor men att hyrpersonal undviks i möjligaste mån. Situationen inom barn- och ungdomspsykiatrin betecknas dock vara bättre än för två år sedan.
- En konsekvens av personalsituationen är att kontinuiteten i patientkontakterna blir lidande när hyrpersonal används.
- Personalomsättningen innebär även problem med att vidareutveckla och effektivisera verksamheten. Svårigheter uppstår när nya arbetssätt och rutiner ska implementeras.
- Vi har inte funnit något underlag som beskriver hur Regionen på ett strategiskt plan ska arbeta med att säkerställa kompetensen hos medarbetarna för att tillgodose behoven hos målgruppen.
- Det förebyggande arbetet är av avgörande betydelse om verksamheterna inom psykiatriområdet, såväl första-linjen som den specialiserade nivån, ska lyckas i sitt uppdrag. Det finns många goda exempel på förebyggande insatser som exempelvis familjecentraler, insatser inom elevhälsan, BVC, MVC men intrycket är att resurser till detta inte alltid prioriteras.
- När det gäller gruppen äldre med psykisk funktionsnedsättning uppfattar vi att detta inte är en prioriterad grupp idag.
- Tillgängligheten till vuxenpsykiatris resurser och kompetens är något bättre i Region Dalarna än i riket. Det finns dock en relativt stor variation mellan mottagningarna i länet vilket kan medföra att länsinvånarnas rättighet och möjlighet till lika vård i viss mån kan ifrågasättas.
- Det är stor variation inom länet beträffande tillgängligheten till första-linjens samtalsmottagningar för barn och unga.
- Tillgången till barn- och ungdomspsykiatris (BUP) kompetenser och resurser varierar stort inom länet.
- Det pågår ett intensivt arbete inom BUP med att klara målet om högst 30 dagar till ett första besök men att brist på personal och skillnader i arbetssätt mellan mottagningarna skapar stora utmaningar i att nå målet.
- Den nationella patientenkäten visar att patienterna inom psykiatrin generellt i mindre grad än patienter i den somatiska vården anser att samordningen fungerar i den utsträckning som behövs.
- Resultaten från nationella patientenkäten används som ett av underlagen i förbättrings- och utvecklingsarbetet för att på så sätt fånga patientupplevelser som en viktig utgångspunkt för förbättringsarbetet. Andra positiva inslag i detta är de möten och hearings som genomförts inom vuxenpsykiatrin med brukarföreträdare och de patientenkäter som genomförts inom barn- och ungdomspsykiatrin. Vi ser detta som utmärka källor för att fånga patienternas

upplevelser av vården och de insatser som genomförs av i många fall flera olika aktörer.

- Vår bedömning sammantaget är att arbetet med SIP behöver fortsätta att utvecklas för att uppnå lagens intensjon och SKL:s rekommendation. Kommunerna har kommit olika långt med att införa SIP som ett stabilt och operativt verktyg för att säkerställa att samarbetet mellan huvudmän ger önskade effekter. En allvarlig brist är att det i hög grad saknas uppföljning som bekräftar i vilken mån samverkan via SIP:en bidrar till att tillgodose brukares behov.
- Vi ser behov av att kommuner och Regionen kommer längre i att säkerställa att de individer som verkligen behöver det också får en verkningsfull samverkan mellan huvudmän. Det finns en allmän ambition idag att de som behöver också ska få en SIP. Vår bedömning utifrån genomförd granskning är dock att detta varken innebär att alla som behöver det faktiskt får en SIP eller att de som får en SIP har en plan som verkligen fokuserar och säkerställer att deras behov tillgodoses. Beträffande det första av dessa tillkortakommanden bör det utarbetas en skarpare guide till berörda verksamheter att kunna identifiera de individer som verkligen behöver att huvudmännen samordnar sig i en gemensam plan.

1.1 Revisionell bedömning

Granskningens syfte är att besvara frågan om vårdkedjan är ändamålsenlig och effektiv för personer med psykisk funktionsnedsättning som är i behov av insatser från såväl kommun som region.

Vår samlade bedömning är att vårdkedjan i delar är ändamålsenlig, utifrån att övergripande planerings- och styrdokument finns på plats och att det finns en etablerad samverkan mellan kommuner och Regionen sedan ett flertal år. För att utveckla ändamålsenligheten behöver dock uppföljningen stärkas.

När det gäller frågan om effektivitet så saknas tillräckligt underlag för att avgöra i vilken grad målgruppens behov tillgodoses. Detta innebär att vårdkedjans effektivitet inte kan bedömas med större säkerhet. Oklarheter kring vem som får en SIP liksom frånvaro av uppföljning av dessa indikerar dock brister i effektivitet.

1.2 Rekommendationer

Mot bakgrund av genomförd granskning rekommenderas Hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- Säkerställa (och helst stärka) helhetssynen i Regionen och i samverkan på länsnivå, på målgruppen individer med psykisk funktionsnedsättning.
- Säkerställ att arbetet med SIP fortsätter att utvecklas för att uppnå lagens intensjon och SKL:s rekommendation.

- Förtydliga vilka villkor/förhållanden som ska vara uppfyllda för att en individ ska ha en SIP och säkerställa att SIP:ar verkligen innebär att berörda huvudmän samordnar sina insatser så att individens behov tillgodoses.
- Säkerställa att både styrning och uppföljning kopplat till målgruppen förskjuts från att vara aktivitetsbaserad till att bli resultatbaserad. Utveckla mål som uttrycker vad som ska åstadkommas eller uppnås genom samverkan för målgruppen.
- Följ upp och utvärdera måluppfyllelsen.
- Analysera orsakerna till skillnader i tillgänglighet och vidta åtgärder för att säkerställa en jämlik tillgänglighet till psykiatrisk öppenvård i länet.

2 Inledning/bakgrund

Psykiatrin har genomgått omfattande förändringar under senare decennier. Sedan mitten av 1980-talet har över hela landet skett en avveckling av mentalsjukhus. Utvecklingen har också starkt präglats av övergång till öppnare vårdformer. Ytterligare kraftiga förändringar kom i och med psykiatrireformen 1995. Syftet med reformen var att:

- minska institutionsboendet
- förbättra de psykiskt funktionshindrades livssituation
- öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället

I och med reformen fick landstingen (regionerna) ansvar för diagnostik, behandling och psykiatrisk rehabilitering. Kommunernas ansvar är anskaffning av bostad, boendestöd, sysselsättning etc.

Det delade ansvaret för vården och stödet till dessa personer förutsätter att kommun och region samordnar sina insatser på bästa sätt utifrån brukarens behov.

En stor andel av förstagångssökande i psykiatrin och/eller inom primärvården är människor som hamnat i livskriser eller sviktar psykiskt till följd av känslomässiga och sociala belastningsfaktorer. Vad de behöver är i första hand att få möta en empatisk, professionell person i en samtalskontakt under kortare eller längre tid. Ibland kan också behövas kompletterande medicinering, samverkansinsatser, exempelvis med socialtjänsten eller försäkringskassan.

För alla dessa personer, liksom för personer med mer långvariga psykiatriska funktionsnedsättningar, är det viktigt att vården och stödet är lättillgängligt, att kontakten med psykiatrin snabbt etableras och att den fortsatta kontakten inom kommunen präglas av kontinuitet. För patienter med mera allvarlig störning är kontinuiteten naturligtvis minst lika betydelsefull. En viktig grupp är personer med s.k. samsjuklighet dvs. att en person har både psykiatrisk diagnos, som till exempel schizofreni, andra psykostillstånd, bipolär sjukdom eller allvarlig personlighetsstörning, och konstaterat missbruk av alkohol eller andra substanser. En annan viktig grupp är äldre personer med psykisk ohälsa. Omkring 20 procent av alla äldre lider idag av psykisk ohälsa. Inom en snar framtid är ca 25 procent av Sveriges befolkning 65 år och äldre, vilket gör psykisk ohälsa till en av de större folksjukdomarna. Det innebär att det ställs stora krav på det psykiatriska stödet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till denna grupp.

Mot denna bakgrund har revisorerna i flertalet av länets kommuner och Region Dalarna beslutat att granska vårdkedjan för personer med psykisk funktionsnedsättning.

2.1 Revisionsfrågor

Syftet har varit att granska ändamålsenlighet och effektivitet i vårdkedjan för personer med psykisk funktionsnedsättning som är i behov av insatser från såväl kommun som region. I detta ligger att bedöma om samverkan i vårdkedjan för målgruppen planeras, styrs, genomförs, utvärderas och förbättras på ett tillfredsställande sätt.

2.1.1 Delfrågor och svar utifrån granskningen:

Inom ramen för att uppnå det grundläggande syftet kommer granskningen att fokusera följande revisionsfrågor:

- Finns en gemensam styrning och uppföljning av samverkan kring målgruppen?
- Finns styrande dokument och uppdrag som klargör ansvar och förbinder huvudmännen att utföra väl definierade uppgifter?
- Hur fungerar samverkan? Tillämpning av dokumenten?
- Vilken tillgänglighet finns till såväl kommunernas insatser som till insatser i primärvården och i den specialiserade psykiatrin?
- Hur arbetar regionen och kommunerna förebyggande?
- Finns en tillfredsställande verksamhetsuppföljning och resultatredovisning kopplad till mål för samverkan?
- Hur säkerställer regionen att de sköter sina delar i arbetet med målgruppen (styr, följer upp och förbättrar)?
- Hur uppmärksammas målgruppen äldre med psykisk ohälsa?
- Upplever brukarna att samverkan mellan huvudmännen fungerar?
- Hur säkerställer verksamheterna att medarbetarna har rätt kompetens?

Sammanfattande svar till respektive revisionsfråga lämnas i rapportens sista kapitel.

2.2 Avgränsning

Vi vill understryka det som står i syftet, att uppdraget avgränsas till de som är i behov av insatser från såväl kommun som region. Ett slumpmässigt urval har skett, av 4 - 8 SIP:ar (samordnade individuella planer) i varje kommun för att närmare granska vårdkedjans ändamålsenlighet och effektivitet.

2.3 Projektorganisation/granskningsansvariga

Granskningen har utförts gemensamt av PwC och KPMG. Ansvariga konsulter har varit Anders Törnqvist (PwC) och Andreas Endrédi (KPMG).

Representanter från de granskade verksamheterna har erbjudits möjlighet att sakgranska rapporten.

2.4 Metod och projektorganisation

Föreliggande rapport återger arbetet med vårdkedjan inom Region Dalarna. Här redovisas våra iakttagelser och bedömningar primärt kopplade till de insatser som regionens verksamheter hanterar. En samlad bild av vårdkedjan i ett länsperspektiv

redovisas vid det gemensamma mötet då alla deltagande kommuners och regionens revisorer bjuds in.

En beskrivning över använd metod och projektorganisation återges i bilaga 1.

2.5 Revisionskriterier

Följande lagar och övriga dokument utgör granskningskriterier i denna granskning:

- Överenskommelse mellan landstinget (regionen) och kommuner om hur man samarbetar kring personer med psykisk funktionsnedsättning
- SIP (Samordnad individuell plan) ska upprättas när individen har behov det enligt 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
- Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ställer även krav på att verksamheten ska bygga på respekt för människans självbestämmande och integritet.
- Nationella riktlinjer finns inom flera relevanta områden (schizofreni, missbruk/beroendevård)
- SUS (samverkan vid utskrivning från slutenvård) gäller sedan 1 januari 2018 och ställer krav på berörda huvudmän kring samverkan och fast vårdkontakt bl.a.
- Uppdrag psykisk hälsa, läns gemensam analys och handlingsplan 2018
- Läns gemensam överenskommelse om samverkan för kommuner och landsting i Dalarnas län kring personer med psykiska funktionsnedsättningar från 18 år
- Länsövergripande överenskommelse om samverkan och samarbete i Dalarna (Barn och unga 0-17 år med psykisk ohälsa och/eller psykisk funktionsnedsättning)
- Länsövergripande riktlinjer för samordnad individuell plan - SIP

3 Resultat av granskningen

3.1 Övergripande om Region Dalarnas arbete med stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning

3.1.1 Dataunderlag och kunskap om hur bra regionens verksamhet är för målgruppen

Från Landstinget Dalarnas årsredovisning 2017

Psykiatri 2017:

”Den patientgrupp som söker vård och behandling inom division Psykiatri har förutom psykisk ohälsa ofta andra stora problem som t.ex. somatisk sjukdom, sociala problem eller svåra funktionsnedsättningar. Det finns en stor ojämlikhet i flera aspekter i dessa patientgrupper, t.ex. finns en extrem överdödlighet i somatisk sjukdom för personer som lider av allvarlig psykiatriska tillstånd. Att utveckla och förbättra behandlingskvaliteten för dessa patientgrupper inom divisionen utgör ett viktigt jämlikhetsarbete, något som pågår men är fortfarande stora utmaningar.” (Denna skrivning återfinns med samma andemening i 2018 års årsredovisning.)

Nedan nyckeltal med koppling till den målgrupp som granskas, redovisas i ÅR 2017:

Nyckeltal/kvalitet - patient	Resultat	Mål	Förändring	Nytt mål
Vårdgarantin, första besöker – BUP	96 %	Bättre/ lika riket (94 %)	●	●
Vårdgarantin, första besöker – VUP öv	90 %	Bättre/ lika riket (90 %)	●	●
Minska kötid till psykoterapi	35 %	100 % inom 3 mån	●	■
Minska kötid till NP-utredningar	13 mån	3 mån	▲	■
Aktuella patienter med ”fast vårdkontakt”	81 %	90 %	●	■
Öka andel psykoterapi med internet KBT	3,2 %	5 %	●	▲

Nyckeltal/kvalitet - process	Resultat	Mål	Förändring	Nytt mål
Öka andelen aktuella patienter med vårdplan	53 %	80 %	●	■
Minska återinskrivning i heldygnsvården 28 dag	13,6 %	Minska till 17 %	●	●
Minska arbetad tid per insats	3,3 - 6,3	Minska	▲	■
Öka antal MJG journalgranskning	91 st	75 st	●	●
Öka andelen gruppinsatser	12,2 %	> 15 %	●	■
Minska uteblivna vårdkontakter	5,8 %	< 5 %	■	■
Minska överbeläggning i slutenvård	APK 89 % BUP 55 % RPK 95 %	APK < 90 % BUP < 90 % RPK = 95 %	●	●

● mål uppfyllt ▲ mål delvis uppfyllt ■ mål ej uppfyllt

Årsredovisning 2018, Psykiatri

Nyckeltal kvalitet – process	Resultat Dec 18	Mål Dec 18	För- änd- ring	Nått mål
Minska återinskrivning i heldygnsvården 28 dag	21 %	Minskning från 21 % kv1 till 19 % kv4	▲	▲
Minska arbetade timmar per insats	HAB = 7,9-8,5 BUP = 5,3-6,3 VUP = 3,0-4,0	HAB < 8,0 BUP < 5,5 VUP < 3,0	▲	▲
Öka andel aktuella patienter med fastställd diagnos (VUP)	VUP = 83-98 %	> 80 %	●	●
Öka antal patienter registrerade i psykiatriens kvalitetsregister	550	> 640	■	■
Öka andelen gruppinsatser av alla insatser	12,2 %	> 15 %	●	■
Minska uteblivna prestationsbesök	5,8 %	< 5 %	■	■
Minska överbeläggning i slutenvård	APK 89 % BUP 55 % RPK 95 %	APK < 90 % BUP < 90 % RPK = 95 %	●	●

Strategiska mål enligt styrkort	Måluppfyllelse
Vi har en jämlik hälsa i befolkningen – psykisk hälsa/funktionsnedsättningar	▲
Vi har en högkvalitativ och patientsäker hälso- och sjukvård, psykiatri/habilitering	●▲

Nyckeltal kvalitet – patient	Resultat Dec 18	Mål Dec 18	För- änd- ring	Nått mål
Vårdgarantin, första besöker - BUP	99 %	Bättre/ lika riket (88 %)	●	●
Vårdgarantin, första besöker – VUP öv	89 %	Bättre/ lika riket (87 %)	●	●
Minska kötid till psykoterapi	54 %	100 % inom 3 mån	●	■
Minska kötid till NP-utredningar	23 %	50 % inom 3 mån	●	■
Aktuella patienter med "fast vårdkontakt"	80 %	90 %	▲	■
Öka andelen aktuella patienter med vårdplan	61,3 %	> 80 %	●	■
Öka andel psykoterapi med internet KBT	> 5,4 %	> 5 %	●	●
Patientenkät, "delaktig i beslut om din behandling"	Dalarna våren 18 VUP ÖV = 73 % VUP SV = 74 % RPK SV = 63 % BUP ÖV = 78 %	Riket våren 18 VUP ÖV = 77 % VUP SV = 67 % RPK SV = 56 % BUP ÖV = 80 %	Baslinjemätning	●
Patientenkät "blev bemött med respekt"	Dalarna våren 18 VUP ÖV = 90 % VUP SV = 91 % RPK SV = 72 % BUP ÖV = 93 %	Riket våren 18 VUP ÖV = 91 % VUP SV = 84 % RPK SV = 64 % BUP ÖV = 95 %	Baslinjemätning	●

Hjälpmedel ÅR 2017: Hjälpmedel bidrar till att öka tillgänglighet och delaktighet för personer med funktionsnedsättning. Av redovisade nyckeltal framgår att hjälpmedel tillhandahållits i enlighet med landstingets gällande tillgänglighetsmål. Denna skrivning upprepas i ÅR 2018.

Hjälpmedel 2018:

Strategiska mål enligt styrkort	Måluppfyllelse
Invånare, patienter/närstående och LD Hjälpmedels kunder är trygga, vet att LD Hjälpmedels verksamhet är tillgänglig, jämlik och professionell	●
LD Hjälpmedel har ett hälsofrämjande, procesorienterat och jämlikt arbetssätt, som skapar mervärde för både kund och verksamhet	▲ ¹
LD Hjälpmedels personal är säkerhetsmedvetna, identifierar, åtgärdar och följer upp alla riskmoment	●
LD Hjälpmedel omsätter sina resurser till mesta kundnytta och identifierar och förebygger ojämlikhet	▲ ¹

ÅR 2018: Bidrag har delats ut till riktade läger och kurser för barn och ungdomar med funktionsnedsättning. Syftet har varit att ge kunskap och uppmuntra till träning i självständighet för att klara sig i samhället.

Kommentarer och bedömningar dataunderlag

Region Dalarna presenterar i sin årsredovisning data med koppling till den målgrupp som granskas i denna rapport. Mellan åren 2017 och 2018 har fler nyckeltal tillkommit. Utfallet är huvudsakligen oförändrat och på flera punkter når psykiatrin inte upp till uppställda mål. Detta gäller t.ex. förekomsten av vårdplan och fast vårdkontakt. När det gäller återinskrivning i slutenvårdspsykiatrin har andelen ökat från 13,6 procent (2017) till 21 procent (2018) och målet nås inte. Generellt sett klaras tillgängligheten till förstabesök på ett bra sätt men däremot är tillgängligheten till behandling betydligt sämre. I text (men utan direkt hänvisning till dataunderlag) konstateras i årsredovisning 2017 och 2018 att det finns behov av att utveckla och förbättra behandlingskvalitet inom division psykiatri för bl.a. de patientgrupper som står i fokus i denna granskning.

I redovisningen 2018 presenteras data om två nya teman med koppling till målgruppen, dels patientenkät (delaktig i beslut om behandling, bemött med respekt), dels två strategiska mål (jämlik hälsa, kvalitet/patientsäkerhet). Avseende de strategiska målen så har regionen i sin årsredovisning redovisat att utfallet huvudsakligen är "gult", dvs delvis uppfyllt mål, men det framgår inte på vilka grunder denna bedömning gjorts. När det gäller delaktighet och respektfullt bemötande har regionen genomfört en baslinjemätning där flera av resultaten som redovisas tyder på att utfallet är ungefär som i riket.

Data redovisas om hjälpmedelsverksamheten vilka enligt redovisningen tyder på att verksamhetens mål helt eller delvis uppnås. Det framgår inte på vilka grunder bedömningarna gjorts.

Ingen samlad bedömning eller analys sker av hur regionen lyckas med att ge adekvat vård, behandling och samverkan för "gruppen" individer med psykisk funktionsnedsättning.

3.1.2 Mål och strategi

Överenskommelse inom området psykisk hälsa 2019, Staten – SKL

Staten har sedan år 2012 tillfört särskilda statliga medel till kommuner och landsting i syfte att stärka arbetet inom områden psykisk ohälsa/hälsa.

Strax före sommaren 2019 slöts den senaste överenskommelsen. Här slås fast att hälso- och sjukvårdens delar inom detta område bör fokuseras på problematiken kring kompetensförsörjning, tillgänglighet och samordning av insatser. Tillgängligheten bör fokusera både på köproblematik i allmänhet men även på att säkerställa att inte personer med särskilda behov stängs ute. E-hälsa och digitalisering ses också som väsentliga inslag i vårdens arbete framgent.

Syftet med överenskommelsen är

- att skapa förutsättningar för ett systematiskt utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa. Därför finns i överenskommelsen också medel för fortsatt stöd till utvecklingsarbete och metodutveckling samt utveckling av en struktur för kunskapsspridning och kunskapsutveckling med Regionala resurscentrum/Regionala programområden som ska ha kompetens om implementering, uppföljning och analys.
- att vidmakthålla och stärka den utveckling som skett genom tidigare satsningar och bidra till särskilda insatser som utvecklar vård och stöd för personer med psykisk ohälsa samt insatser som utvecklar det förebyggande arbetet för att minska andelen som drabbas av psykisk ohälsa.

Rent konkret fördelas medel till kommuner och landsting 2019 för satsningar inom följande områden: allmänna stimulansmedlen (för att vidmakthålla tidigare satsningar), samverkan mellan olika huvudmän, barn och unga inklusive minskade köer i barn- och ungdomspsykiatri, ungdomsmottagningar, psykiatrisk traumavård och brukarmedverkan. Överenskommelsen innebär att huvudmän ska redovisa hur 2019 års medel har använts samt redovisa vilka resultat som uppnåtts utifrån tidigare statliga satsningar och handlingsplaner 2016 - 2018. Noterbart är att SKL under hösten 2019 avser att genomföra en förstudie för att kartlägga hur status är gällande användning av SIP och av överenskommelser om individer med behov av samordning och integrerade verksamheter.

Regionplan 2019

Följande ambitioner och uppdrag framgår:

- Primärvården behöver bli bättre på att möta människor med psykisk ohälsa och det bör finnas mobila team även inom psykiatri. Köerna till barn- och ungdomspsykiatri måste bort.
- Den första linjens sjukvård ska byggas ut så det vid varje fullskalig vårdcentral ska finnas en samtalsterapeut, psykolog eller annan personal från psykiatri. Då avlastas både barn- och ungdomspsykiatri och behandlingen av vuxna med psykisk ohälsa och det blir möjligt att korta köerna till psykiatri i sin helhet.

- Människor med psykisk ohälsa behöver ökat stöd. Arbetet pågår med att starta ett Fontänhus i samarbete med Falu kommun. Fontänhusens modell är en psykosocial arbetsinriktad rehabilitering som stödjer människor som lever med psykisk ohälsa på vägen till återhämtning.

Följande uppdrag ges:

- Öppna familjecentraler tillsammans med kommunerna så att det finns minst en i varje kommun.
- Satsa på barn- och ungdomspsykiatri för att öka kompetensen i verksamheten.
- Utveckla det hälsofrämjande arbetet.
- Starta Fontänhus tillsammans med kommuner och andra aktörer.
- Mobila vårdteam ska införas på flera platser i regionen.

Överenskommelser om samverkan

Det finns två länsövergripande överenskommelser som berör den målgrupp som granskas i detta uppdrag. Båda dessa dokument gäller från 2017 t.o.m. 2019 och har fastställts som gällande i länsnätverket förvaltningschefer hälsa och välfärd (se avsnitt 3.1.3). Nedan sker en kort sammanfattning av överenskommelsernas innehåll.

Barn och unga 0-17 år med psykisk ohälsa och/eller psykisk funktionsnedsättning

Överenskommelsen har en direkt koppling till nationell överenskommelse mellan staten och SKL 2016 och syftar till att reglera samverkan kring barn och unga som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. Exempel på mål med överenskommelsen: erbjuda individ- och behovsanpassade insatser, klargöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, arbeta med helhetssyn, skapa förutsättningar för långsiktighet och gemensamt ansvarstagande, tidigt upptäckt av psykisk ohälsa.

I dokumentet beskrivs särskilda riskfaktorer för psykisk ohälsa, formuleras mål (krav) på samverkan och på professionens insatser, vem/vilka som ansvarar för vad i stödet till barn och unga, en samarbetsmodell samt att respektive huvudman ansvarar för att lokala överenskommelser upprättas med utgångspunkt i denna överenskommelse samt att tillräckliga resurser finns för att efterleva den.

Vi uppfattar att överenskommelsen årligen ska följas upp inom den regionala samverkansstrukturen (RUG-grupp).

Personer från 18 år med psykisk funktionsnedsättning

Överenskommelsen har en direkt koppling till nationell överenskommelse mellan staten och SKL 2016 som syftar till att säkra en långsiktig plan med gemensam struktur och gemensamt ansvarstagande för fortsatt utvecklingsarbete utifrån bästa tillgängliga kunskap. Avstamp görs i en gemensam analys från 2016. Målgruppen är personer från

18 år med funktionsnedsättning till följd av psykiatrisk diagnos som är i behov av vård- och stödinsatser från både kommun och landsting.

Exempel på mål med överenskommelsen: skapa goda betingelser som stödjer individens återhämningsprocess och tillsammans skapa förutsättningar så att människor med psykiska funktionsnedsättningar kan leva ett tryggt och meningsfullt liv (övergripande), utgå ifrån helhetssyn där brukaren är delaktig och i centrum, att samverkan utformas så att brukarens integritet och självbestämmande respekteras, att samverkan och arbetsmetoder leder till återhämtning, god fysisk och psykisk hälsa och livskvalitet, att samverkan och samordningen möjliggör ökad delaktighet i samhället och gemenskap med andra, trygghet och samordningsvinster för huvudmännen.

I dokumentet beskrivs parternas övergripande ansvar, rutiner för samarbete inklusive målgrupper som särskilt ska beaktas för samordnade insatser, att respektive huvudman ansvarar för att lokala överenskommelser upprättas med utgångspunkt i denna överenskommelse samt att tillräckliga resurser finns för att efterleva den.

Övriga läns-gemensamma ansatser

Den förre chefen för division psykiatri och socialchefen i Borlänge har som ansvariga koordinatörer tagit fram dokumentet:

UPPDRAG PSYKISK HÄLSA - Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Läns-gemensam analys och handlingsplan 2018, kommuner och landsting i Dalarna. Dokumentet har en direkt koppling till överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa mellan staten och SKL. Rapporten är en revidering av tidigare plan och uppföljning och innefattar hela området psykisk hälsa. I dokumentet sker en genomgång av hur läns-samverkan sker och har skett i Dalarna och hur tidigare satsningar skett och presenteras demografiska data liksom uppföljningsdata / nyckeltal relevanta för området. I rapportens avsnitt "Uppföljning och revidering av läns-gemensam analys och handlingsplan 2018" redovisas lång- och kortsiktiga mål, aktiviteter, tidplan & indikatorer för uppföljning för fem "Fokusområden". Fokusområdena är: Förebyggande och främjande arbete, Tillgängliga och tidiga insatser läns-gemensamt arbete, Enskildas delaktighet och rättigheter, Utsatta grupper, Ledning, styrning och organisation.

Detta avsnitt ska rubrik-mässigt innehålla "uppföljning". Vid genomgång konstateras dock att uppföljning av tidigare mål inte finns med. Istället presenteras identifierade behov eller förbättringsområden utan en direkt förankring i tidigare måluppfyllelse.

Revideringen av läns-gemensam handlingsplan presenteras tydligt i tabellform och innehåller 22 långsiktiga mål och 48 kortsiktiga.

Kommentarer och bedömningar mål och strategi

Det finns mål och uppdrag som adresserar den granskade målgruppen. Generellt för styrsignalerna gäller att det främst är de övergripande målen och syftesbeskrivningarna som fångar upp de viktiga värden ur samhällssynvinkel som ska uppnås. Den läns-gemensamma handlingsplanen ger huvudsakligen uttryck för vilka förändringar som ska ske (aktiviteter) snarare än vilka värden som ska uppnås/skapas för individer med

psykisk funktionsnedsättning. Förvisso finns en samstämmighet mellan handlingsplanen och de mål och uppdrag som formulerats av Region Dalarna.

Det granskade området ägnas alltmer uppmärksamhet på statlig och nationell (SKL) nivå. Stimulansmedel tillförs sedan flera år inom viktiga områden med krav på redovisning av hur medel använts och vilka resultat som uppnåtts. Det senare torde innebära en stor utmaning att leva upp till. Åtminstone har det hittills i det länsgemensamma arbetet inte presenterats uppföljningar som påvisar vilka resultat som uppnåtts med de mål som ska infrias.

En tolkning är att strategin i det länsgemensamma arbetet har varit att presentera vissa uppföljningar (Öppna Jämförelser - ÖJ) och erbjuda stöd (via RUG/ utvecklingsledare, konferenser, utbildningar mm). Någon mer uttalad styrning och uppföljning av enskilda huvudmän och deras insatser, har inte skett från länsnivån.

3.1.3 Organ och samarbete i länet och regionens deltagande

I Dalarna finns sedan flera år en stödstruktur för kommunernas och landstingets arbete med socialtjänst och hälso- och sjukvård som varit organiserad inom "gamla" Region Dalarna. Det har funnits en politisk styrning genom välfärdsberedningen som anger inriktningen och ett tjänstemannanätverk (chefs nätverket) bestående av socialchefer/omvårdnadschefer från kommunerna och hälso- och sjukvårdsdirektör från landstinget. Chefsnätverket tar upp samverkansfrågor som behöver hanteras på regional nivå och även uppdrag till stöd för kunskapsutveckling i länets kommuner och region. Till sin hjälp har chefsnätverket fem arbetsgrupper som benämns Regionala Utvecklingsgrupper (RUG). Följande organisationskiss är hämtad från nya Region Dalarnas hemsida:

Region Dalarna, Enheten hälsa och välfärd ORGANISATIONSSKISS



Källa: Länsgemensam analys och handlingsplan 2018. Uppdrag psykisk hälsa.

Bland uppgifterna finns regiongemensamma rutiner och instruktioner för samverkan och gemensamma processer. Arbetet har tidigare styrts utifrån en årsplan som beslutats av chefsnätverket och ytterst av direktionen vid gamla Region Dalarna. I och med bildandet av nya Region Dalarna planeras arbetet att organiseras på ett nytt sätt, se nedan. Den anledning till förändringen som uppges är att behovsorientera och effektivisera arbetet. Det nya sättet att organisera ska enligt företrädare på regionnivå även bättre passa i den nya struktur för kunskapsstyrning som utvecklas inom SKL.

Från minnesanteckningar RUG-vuxenpsykiatri februari 2019:

"RUGarna fortsätter sitt arbete första halvåret 2019 eller tills annan information kommer. Enligt de diskussioner som pågår så kommer RUGarna och ersätts av arbetsgrupper som kommer att ligga direkt under en styrgrupp. Styrgruppen ska utses av förvaltningschefs nätverket och föreslås bestå av tre representanter från kommunerna (de personer som har nationella uppdrag i NSK-S¹ och socialchefs nätverket samt ordförande (eller vice ordförande) i förvaltningschefs nätverket, tre representanter från landstinget/nya Region Dalarna och hälso- och sjukvårdsdirektör, divisionschefer från psykiatri och primärvården samt den chef som tillsätts för avdelningen Hälsa och Välfärd. Utvecklingsledarna ska vara adjungerande efter behov. Styrgruppen ersätter nuvarande AU (Arbetsutskottet), träffas mer frekvent än förvaltningschefs nätverket, behandlar frågor från arbetsgrupperna, utser representanter i arbetsgrupper och vilken utvecklingsledare som ska leda eller delta i arbetsgruppen."

Tidigare bemannades RUG-grupperna med representanter på verksamhetsnivå, den nya organiseringen innebär att högre chefsnivåer ska ta över. I intervjuerna framförs en farhåga om cheferna är tillräckligt insatta och om de kommer att prioritera detta arbete.

RUG-vuxenpsykiatri

Ambitionen är att arbetet ska leda till lokal samverkan på kommunnivå och ökad följsamhet till saker som ska förbättras. I samverkansarbetet på länsnivå ska generella förbättringsområden identifieras och de centrala resurserna ska bistå med metoder, verktyg, rutiner mm. Enligt företrädarna för denna RUG-grupp har förbättringar skett för målgruppen utifrån denna ansats.

Utvecklingsledaren har årligen tagit fram en handlingsplan för RUG-gruppen vilken fastställts av det tidigare chefsnätverket. På grund av de förändringar som annonserats och den långdragna regeringsbildningen som i sin tur fördröjde beslut om statsbidrag och överenskommelsen angående psykisk hälsa (beslutet togs först till midsommar) så har ingen handlingsplan för 2019 tagits fram utan arbetet med åtgärder från 2018-års plan har fortsatt. Eftersom handlingsplanen är kopplat till statsbidragen och överenskommelsen kunde inte arbetet påbörjas, utan 2018-års plan fick vara grund för arbetet.

Exempel på mål i handlingsplanen från 2018 är: God hälsa och god livskvalitet, SIP & SUS ska erbjudas till alla som har behov av samordning, Vård- och stödsamordnare/Case manager, ska erbjudas till alla med psykiska funktionsnedsättningar och komplexa vård och stödbehov som har behov av det,

¹ Nationell grupp för samordning av kunskapsstyrning inom socialtjänsten

Brukares och anhörigas situation ska uppmärksammas och deras erfarenheter tas tillvara i förbättringsarbetet, Sammanhållen vårdkedja för personer med självskadebeteende ska utvecklas.

Utvecklingsledaren har varit projektledare för ett läns-gemensamt projekt för att utveckla och förbättra denna sistnämnda vårdkedja tillsammans med företrädare för socialpsykiatri och Regionens psykiatri. En slutrapport presenterades i december 2018.

RUG-funktionsnedsättning

Uppdraget att bygga upp detta område kom till genom den nationella satsningen på funktionshinderområdet år 2013. Målgruppen är personer med insatser inom personkrets 1, 2, och 3 inom LSS-lagstiftningen².

Utvecklingsledaren har arbetat med handlingsplan på samma sätt som inom RUG-psykiatri, se ovan.

Exempel på mål i handlingsplanen från 2018 är:

Ökad brukardelaktighet genom implementering av verktyg som sätter individens behov i centrum, Öka tillgängligheten och användandet av välfärdsteknologi, Personcentrerad vård- och omsorg, Stödja införandet av Funca-verktyget³, Stärka inflytande, delaktighet och rättssäkerhet för individer samt kompetensen hos personal, Ge rätt stöd till barn som har föräldrar med intellektuell funktionsnedsättning, Regionalt stöd för arbete med årscykel Öppna jämförelser socialtjänst.

Enligt de intervjuade har uppföljning av i vilken grad mål i handlingsplaner har uppnåtts inte skett eller inte dokumenterats. Den uppföljning som skett är den inom Öppna jämförelser, se längre fram.

FRID – Funktionshinderrådet

Detta är ett samverkans- och samrådsorgan för funktionshinderfrågor mellan föreningar och organisationer för personer med funktionsnedsättning i länet och Region Dalarna. Rådet är knutet till Hälso- och sjukvårdsnämnden. Från föreningar och organisationer finns representanter för följande grupper: Rörelsehindrade, Synskadade, Hörselskadade, döva och dövblinda, Medicinskt handikappade samt Utvecklingsstörda och psykiskt funktionshindrade. Följande arbetsuppgifter gäller för rådet som sammanträder minst fyra gånger per år:

² LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) inkluderar de personer som tillhör någon av de tre grupper som lagen avser, så kallade personkretsar:

1. Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.
2. Personer med betydande och varaktigt begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder orsakad av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
3. Personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och orsakar betydande svårigheter i det dagliga livet och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

³ Funca är ett webbaserat arbetsverktyg med syfte att förebygga och minska utmanande beteende samt att förbättra delaktighet och självbestämmande för vuxna personer med insatser enligt LSS, personkrets 1 och 2.

- Region Dalarnas företrädare ska informera rådet om planer och förändringar som berör personer med funktionsnedsättning i ett så tidigt skede som möjligt.
- Rådets synpunkter ska förmedlas till beslutande instans.
- Funktionshinderorganisationerna har möjlighet att arbeta för förändringar och anpassningar i Region Dalarnas verksamheter som berör personer med funktionsnedsättning.

Kommentarer och bedömningar avseende organ och samarbete

Under ett flertal år har det funnits en etablerad samverkan med relevans för den granskade målgruppen. Samverkan har i första hand skett via gamla Region Dalarna och operativt har samverkan skett i de s.k. RUG-grupperna. Vid tiden för intervjuerna (våren och försommaren 2019) är den gamla strukturen under omstöpning. Formellt är det inte klart hur den nya samverkan ska organiseras. Ambitionen är att skapa en större behovsorientering och det uppges även att det nya sättet att organisera arbetet passar bättre i relation till den nationella satsningen på kunskapsstyrning.

Den samverkan som skett i gamla Region Dalarnas regi har ansetts kunna utvecklas ytterligare. Samtidigt talar mycket för att det arbete som lagts ner tidigare har haft positiva effekter på vårdkedjan och att det tidigare arbetet skapat goda förutsättningar för en mer effektiv samverkan framgent. Som granskare är vår bedömning att en organisering enligt arbetsgrupper eventuellt kan matcha den nationella kunskapsstyrning som byggs upp. Vi kan samtidigt se en farhåga i att den kompetens (kring denna vårdkedja) som byggts upp på länsnivå hos utvecklingsledarna, kan gå förlorad. Perspektivet helhetssyn och vårdkedja för individer med psykiska funktionsnedsättningar var redan med RUG-grupper uppdelat på flera händer. Vi ser en risk att den nya organisationen sprider ansvaret eller försvårar helhetssynen ytterligare.

De handlingsplaner som årligen tagits fram för respektive RUG-grupp är ambitiösa men har saknat en strikt uppföljning / utvärdering av om de leder mot att uppnå de samhällsvärden som ska skapas för målgruppen.

Det finns en etablerad samverkan med brukarorganisationer. Representanter som intervjuats i denna granskning ger uttryck för behov av förbättringar på flera områden såsom samordning och bemötande. En positiv signal framkommer när det gäller att representanterna upplever att deras synpunkter får allt mer gehör hos Regionen.

3.1.4 Organisation, roller och ansvar och samordning inom Region Dalarna

Den övergripande planeringen av hälso- och sjukvården är politiskt ett ansvar för Region Dalarnas Hälso- och sjukvårdsnämnd. Regionen har en central förvaltning där Hälso- och sjukvårdsavdelningen ingår.

I linjen ansvarar fyra divisionschefer direkt under Regiondirektören (tillika förvaltningschef för hälso- och sjukvårdsförvaltningen) för hälso- och sjukvården. I första hand är det Primärvårdsdivisionen och division psykiatri (som även ansvarar för habiliteringen) som är berörda av arbetet med den målgrupp som granskas här.

På verksamhetsnivå kommer målgruppen främst i kontakt med följande verksamheter:

- Vårdcentraler (psykolog, kurator, husläkare, samtalsmottagning barn & unga)
- Psykiatri (BUP-mottagning, VUP-mottagning, beroendeenhet, habilitering)

Inom Region Dalarna finns ingen utsedd på verksamhetsnivå som har ett explicit ansvar för den målgrupp som granskas.

3.1.5 Uppföljning

Analysarbetet mellan åren 2016 till 2018 har fördjupats inom RUG-grupperna, där representanter från både kommunerna och landstinget har deltagit. RUG - Vuxenpsykiatri, Barn och unga, Missbruk och beroende, Äldre och funktionsnedsättning har var för sig analyserat data med stöd av respektive utvecklingsledare som tagit fram lägesbeskrivning, undersökt nationell och lokal data/statistik och belyst olikheter i länet avseende behov samt beskrivit vilka insatser som pågår. I RUG/Vuxenpsykiatri finns även representanter från brukar- och anhörigföreningar, och i vissa RUG-grupper finns representanter från länsstyrelsen och polisen. Samtliga RUG:ar har representation från Högskolan Dalarna.

Analysarbete inom landstinget Dalarna

Inom Region Dalarna har en styrgrupp inrättats, "Psykisk Hälsa", med deltagande från divisionscheferna för psykiatri och primärvård, utvalda verksamhetschefer inom psykiatri och primärvården, samt administrativ personal, utvecklingsledare från Region Dalarna och en projektledare med uppdrag att utveckla samordning mellan primärvård och psykiatri. I denna styrgrupp har prioriteringsbeslut tagits kring vilka gemensamma projekt som ska drivas och samordnas med kommunerna, men även prioriteringar mellan de projekt i handlingsplanen som enbart riktas mot landstingets verksamhet. Ansvariga för prioriteringsbeslut inom landstinget har varit divisionschef för primärvård och divisionschef psykiatri.

Analysarbete primärvård

Under 2016 genomfördes en kartläggning av det psykosociala arbetet vid landstingets vårdcentraler, där alla samtalsbehandlare och verksamhetschefer hade möjlighet att svara på en enkät. Under 2017 har dialogmöten mellan primärvård och psykiatri ägt rum, där vårdpersonal och chefer från alla länets fem områden deltagit. Under 2018 har den gemensamma överenskommelsen mellan primärvården och psykiatri följts upp och reviderats. Ytterligare forum för analys och prioritering av projekt inom primärvården är: verksamhetschefsmöten och Specialitetsgruppen Allmänmedicin.

Analysarbete inom kommunerna – Öppna jämförelser (ÖJ)

Öppna jämförelser (ÖJ) är ett verktyg som SKL tillhandahåller för att följa upp, analysera och utveckla socialtjänstens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå.

Syftet med ÖJ är att stimulera till kunskapsutveckling och förbättringsarbete och att främja en jämlik socialtjänst och hemsjukvård med god kvalitet på lika villkor. Det är

viktigt att resultaten bedöms och analyseras utifrån lokal och regional kunskap för att få en mer heltäckande bild av de faktiska förhållandena. Målet är att de förbättringar i verksamheten som öppna jämförelser ska stimulera till, kommer brukaren till gagn.

Utifrån lokala förutsättningar och resultat i bland annat öppna jämförelser, brukarundersökningar och utifrån de nationella riktlinjerna vidareutvecklar respektive kommun sina verksamheter inom området psykisk hälsa.

Under perioden 2016-2017 genomfördes analyser på kommunnivå med stöd från gamla Region Dalarna. Sedan 2018 har det regionala stödet upphört i denna del och kommunerna förväntas var och en ta del av materialet och göra egna analyser.

Sammanfattning av de viktigaste ÖJ resultaten för Dalarna 2018 kopplat till socialpsykiatri

Alla Dalarnas kommuner har socialjour, men bara en kommun bedriver uppsökande verksamhet till personer med psykisk funktionsnedsättning, däremot finns uppsökande verksamhet till de som riskerar att förlora sitt boende i sju kommuner.

Åtta av 15 kommuner i länet har en rutin för information om SIP dvs. 53 procent jämfört med 51 procent i riket.

Det finns brister beträffande rutiner för den interna samordningen i enskilda ärenden. Några kommuner har rutiner för samordning på alla efterfrågade områden medan andra kommuner helt saknar rutiner. Ingen kommun använder resultaten från ÖJ till verksamhetsutveckling.

När det gäller kunskapsbaserad verksamhet - Nationella riktlinjer vid schizofreni - så erbjuds rekommenderad insats "Case Management"⁴ – integrerade team" i 73 procent av Dalarnas kommuner. IPS/SE⁵ erbjuds i fyra kommuner, "Bostad först" erbjuds i två kommuner och ESL⁶ i två kommuner. Jämfört med riket så erbjuds dessa insatser i lägre grad i Dalarna jämfört med Riket. Alla 15 kommuner erbjuder Personligt Ombud.

⁴ Case management är egentligen ett samlingsnamn för flera typer av stödmodeller. I samtliga modeller har en vårdsamordnare, en så kallad case-manager, en koordinerande funktion med ansvar för att utredning, planering och adekvata insatser genomförs och följs upp med klienten. Däremot skiljer sig de olika modellerna vad gäller intensiteten i kontakten, graden av samordning samt vårdsamordnarens roll i de behandlande och rehabiliterande insatserna.

⁵ Individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen (Individual Placement and Support) är en av de åtgärder som rekommenderas vid arbetslivsinriktad rehabilitering i de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. I riktlinjerna har IPS-modellen fått högsta prioritet.

⁶ Ett självständigt liv (ESL) är en socialpedagogisk behandlingsmodell för personer med psykisk funktionsnedsättning, särskilt schizofreni. Syftet med insatsen är att ge personen ökade möjligheter till ett självständigt liv.

Uppföljning via Dalarnas nätverk för psykisk hälsa

Både 2017 och 2018 har synpunkter sammanställts och dokumenterats genom att representanter för olika brukarorganisationer tillfrågats om hur de och deras medlemmar upplever att de delar som ingår i gällande handlingsplaner fungerar. Generellt sett har representanterna förmedlat behov av fortsatta förbättringar.

Uppföljning av RUG-gruppernas handlingsplaner

Vi har efterfrågat men inte erhållit någon dokumenterad uppföljning som följer upp genomförandet och mål i handlingsplaner. Av ett utkast vi fått del av finns kommentarer som för vissa aktiviteter beskriver om de genomförts eller inte.

Uppföljning av samverkan i hälsoavtal

Uppföljningen av hälsoavtalen inom primärvården avseende år 2018 har gjorts av hälsoavsenheten inom Regionen. Uppföljningen ska bidra till utveckling av primärvården så att befolkning och patienter ska få en god och säker vård. Uppföljningen syftar också till att följa upp om vårdcentralerna uppfyller kraven i hälsovårdsavtalet och graden av måluppfyllelse inom områden av särskild betydelse för primärvårdens utveckling. Uppföljningen görs genom besök på samtliga vårdcentraler i länet. Inför besöken har ett uppföljningsformulär besvarats av respektive verksamhetschef. Besök har gjorts på 28 vårdcentraler i regionen och en bedömning har gjorts inom olika områden hur väl respektive vårdcentral lever upp till avtalet. När det gäller området samverkan bedöms att samverkan med öppenvårdspsykiatri behöver förstärkas vid 18 vårdcentraler, vid 9 vårdcentraler bedöms önskvärdt läge vara uppnått och samverkan fungera bra. Samverkan med kommunerna behöver förstärkas vid 13 vårdcentraler, vid 13 vårdcentraler bedöms samverkan med kommunerna fungera bra. I uppföljningens slutsatser uttrycks att det behövs bättre samverkan mellan primärvården och psykiatri för att stärka patientsäkerheten och en ökad samverkan med kommunerna.

I intervjuerna framkommer beträffande samverkan med kommunerna att det finns bra ambitioner och styrdokument om hur samverkan ska gå till men det finns en osäkerhet om hur samverkansstrukturen kommer att se ut och fungera framdeles. Risker finns att samverkanskedjorna bryts om chefer byts ut, de personliga relationerna är viktiga. Det uppfattas även vara av stor vikt att delta på de möten som ingår i samverkansarbetet. Om deltagare uteblir så finns risk att myter och oro kan uppstå.

Angående samverkan inom regionen mellan första-linjen (primärvården) och öppenvården inom psykiatri uttrycks i intervjuerna att det samarbetsavtal som finns är väl specificerat avseende ansvarsfördelning och uppdrag. Samverkan upplevs ha blivit klart bättre de senaste två åren. Ibland uppstår dock tvister när det gäller art och grad av besvär/sjukdom och vem som har ansvaret. Det händer också fortfarande att remisser skickas fram och tillbaka men parterna försöker samtala med varandra i stället för att bara skicka papper. Företrädare för primärvården inbjuds till remisskonferenser men enligt intervjuerna medverkar de ytterst sällan.

Beträffande samverkan mellan primärvården och psykiatriens slutenvård uttrycks från slutenvårdens sida att primärvården borde kunna ta ett större ansvar när det gäller

uppföljningar och kontakter med patienterna. Generellt uppfattas det finnas en bra förståelse för vikten och nödvändigheten att samverka men det uppstår ändå ibland oklarheter i ansvarsfördelningen som innebär att patienter riskerar komma i kläm.

Samverkan mellan habiliteringen och BUP grundas på ett samverkansavtal som gick ut i början av året och är föremål för översyn. Intervjuade uttrycker uppfattningen att det finns ett stort behov av avtal och strukturer för möten, men att det inte får bli ett självändamål. Möten tenderar att ta mycket tid i anspråk från det kliniska arbetet. På det lokala planet finns idag en mötesstruktur där habilitering och BUP möts ca en gång per månad där konkreta patientärenden bildar grund för mötet.

Kommentarer och bedömningar uppföljning

Under några år fanns via gamla Region Dalarna en samlad ansats kring uppföljning. Denna innebär t.ex. att data från ÖJ sammanställdes och analyserades för samtliga kommuner. Underlaget kunde då användas som ett gemensamt underlag och erbjuda en gemensam grund för prioritering av insatser. De data som användes (och som fortsatt finns) har ett huvudsakligt fokus på mått/indikatorer som speglar aktiviteter och strukturkvalitet, inte resultat kvalitet. Dvs. data saknas som direkt visar hur väl vårdkedjan fungerar och i vilken grad kommuner och Regionen i samverkan lyckas nå ambitioner om ökad självständighet mm. för individer i målgruppen.

När det gäller psykisk ohälsa framgår av uppföljningen av hälsoavtalen att samtliga vårdcentraler erbjuder vård och behandling för vuxna, både i grupp och individuellt. De flesta erbjuder internetbaserad kognitiv beteendeterapi (iKBT). Det konstateras också att det vid några vårdcentraler pågår ett utvecklingsarbete som bland annat omfattar teambaserade arbetssätt, föreläsningar för allmänhet och patienter, utbildning av personal och att förkorta väntetiderna. Beträffande samverkan konstateras att det finns goda samverkans exempel inom länet där man arbetar integrerat eller har ett nära samarbete mellan primärvård och psykiatri men att det vid de flesta vårdcentraler finns ett behov av fortsatt utveckling av samverkan med öppenvårdspsykiatri. Vi bedömer att en fortsatt uppföljning och utveckling av samverkan mellan primärvårdens första-linjeuppdrag och psykiatri är av stor vikt för att säkerställa länsinvånarnas möjligheter till lika vård oavsett vilken del av länet man bor i eller vid vilken vårdcentral man tillhör. De goda exempel som identifierats vid uppföljningen borde kunna tjäna som förebilder för kommande utvecklingsinsatser.

Det saknas även direkta ÖJ-data för Regionens insatser kopplat till denna målgrupp. Härav följer att det enda sättet att idag skapa en samlad bild är att lägga samman befintliga data från olika källor, vilka var och en saknar ett vårdkedjeperspektiv. Detta är en komplex och utmanande uppgift och det bör finnas en rationalitet att göra detta samlat för hela länet. Varje enskild huvudman har ett för begränsat perspektiv och det behöver även kraftsamlas för att säkerställa rätt kompetens för att göra den analys som behövs. Vinsten skulle bli att betydligt bättre och mer intressanta data om vårdkedjans funktion kunde erhållas. I ett nästa steg ges bättre möjlighet att prioritera de viktigaste insatserna för att förbättra vårdkedjan till nytta för individerna i målgruppen.

3.2 Arbetet i praktiken för personer med psykisk funktionsnedsättning i regionen

3.2.1 Generellt om arbetet för att tillgodose behov hos målgruppen

Enligt en uppföljning av RUG Vuxenpsykiatri 2018 har ganska många medarbetare gått utbildning i Vård- och stödsamordning medan en annan uppföljning menar att det är väldigt få brukare som har en Vård och stödsamordnare (VoS). I intervjun med ansvariga inom RUG Vuxenpsykiatri framförs att detta stöd är viktigt för att få en helhet för den enskilde. Ungefär 50 - 60 personer har genomgått en lång utbildning medan 200 - 300 har gått en kortare sådan utbildning. Enligt de intervjuade ska en VoS-samordnare finnas när en individ behöver samordning från flera huvudmän och där inte SIP:en räcker. De intervjuade vet inte idag hur många av dem som behöver som också har en VoS-samordnare (kallas även CaseManager).

Från intervjun med RUG Vuxenpsykiatri framgår att det angående SIP genomförts en hel del utbildningsinsatser och andra satsningar. Senast under våren 2019 var det utbildning. Det finns enligt de intervjuade både en rutin och en mall som Region Dalarna har i journalsystemet, men som inte kommunerna kan använda på samma sätt. Enligt rutinen ska någon utses som ansvarig för att dokumentera och dela dokumentet (den gemensamma planen) med alla.

Under intervjuerna framkommer att det i olika sammanhang har påtalats ett behov av att formulera mål i planerna. Dvs. mål i termer av vad som ska uppnås genom de insatser och aktiviteter som överenskomms. Från psykiatrins sida uttrycks att de är väl förtrodda med SIP och att det ses inte bara som en rättighet att en SIP upprättas, utan lika mycket som en skyldighet. Det uttrycks också att det ibland finns innehållsmässiga brister i planerna men att det viktiga med en SIP är att åstadkomma något för den enskilde.

Vi uppfattar från intervjuer och genomgång av dokument att det inte genomförts någon uppföljning av användandet av SIP:ar i länet.

3.2.2 Arbetet med att säkerställa kompetensen hos medarbetarna när det gäller förmågan att tillhandahålla stöd utifrån målgruppens behov

Generellt uttrycks i intervjuerna att det finns problem med att rekrytera och behålla personal. Psykiatrin har enligt de intervjuade hög personalomsättning och det är en utmaning att se till att ny personal får en bra start. Flera intervjuade uttrycker att det inom psykiatrin är brist på läkare, psykologer och sjuksköterskor men att hyrpersonal undviks i möjligaste mån. Personalsituationen inom barn- och ungdomspsykiatrin betecknas dock vara bättre än för två år sedan. Bristen på psykologer medför dock att man hänvisar till det fria vårdvalet vid utredningar.

Primärvården uppges vara välförsörjd med psykologer.

I intervjuer lyfts även att kontinuiteten i patientkontaktarna blir lidande när hyrpersonal används. Det beskrivs att en fast vårdkontakt är nödvändig för många patienter för att vården ska vara framgångsrik.

Personalomsättningen innebär även problem med att vidareutveckla och effektivisera verksamheten. Svårigheter uppstår när nya arbetssätt och rutiner ska implementeras. Nya arbetssätt och synsätt är enligt intervjuade nödvändigt då patientkategorin förändras. En förskjutning uppfattas ha skett där allt fler söker sig till psykiatri för samhällsrelaterade och/eller mer "naturliga" livskriser, som exempelvis relationskriser. För att möta dessa patienter fordras även nya kompetenser.

Under intervjuerna har vi noterat att vissa fortbildningsinsatser genomförts. Som exempel kan nämnas att primärvården har genomfört utbildningar i samtalsmetodik – Motiverande samtal.

Vi har under granskningen inte funnit något underlag som beskriver hur Regionen på ett strategiskt plan beskriver hur Regionen ska arbeta med att säkerställa kompetensen hos medarbetarna för att tillgodose behoven hos målgruppen.

3.2.3 Särskilda insatser eller uppmärksamhet kring gruppen äldre med psykisk funktionsnedsättning

Vi har under granskningen funnit några exempel på insatser specifikt riktade mot gruppen äldre med psykisk funktionsnedsättning. Vårt intryck från intervjuerna är dock att denna grupp inte prioriteras.

En utbildningsinsats "Första hjälpen till psykisk hälsa med inriktning äldre personer" har genomförts för personal inom kommunerna och inom regionen, till att se tidiga tecken på psykisk ohälsa. Utbildningsinsatsen har utvärderats och de som gått utbildningen uppges ha fått ökad förståelse och ny kunskap gällande psykisk ohälsa bland äldre samt att de genom utbildningsinsatsen blivit stärkta i sin yrkesroll.

För något år sedan genomfördes två temadagar om äldre med psykisk funktionsnedsättning. RUG-äldre har tagit fram en metod för första hjälpen vid psykisk ohälsa, att använda t.ex. vid äldreboenden.

Inom primärvården i Mora finns äldre med psykisk funktionsnedsättning som ett särskilt fokusområde. Här har samtalsgrupper på detta tema genomförts.

3.2.4 Förebyggande arbete för att förhindra psykisk ohälsa

Under intervjuerna framkommer att antalet personer i denna grupp ökar sakta men säkert inom vuxenpsykiatri, framför allt personer med neuropsykiatriska funktionshinder. Det finns en upplevelse av att många söker till psykiatri med problem som är samhällsrelaterade och en del av livet, exempelvis relationskriser. Det beskrivs att skyddsneten i form av kamrater, föräldrar etc ofta brister och då hänvisas man till professionella rådgivare. De intervjuade uttrycker att det finns mer att göra i det förebyggande arbetet genom t.ex. folkhälsoinsatser och primärprevention. MVC, BVC och familjecentraler kan bidra genom att tidigt fånga upp problem.

I intervjuerna framhålls att viktiga aktörer i det förebyggande arbetet även finns i kommunerna där elevhälsan har i uppdrag att verka förebyggande och hälsofrämjande. Inom ramen för elevhälsan ska kompetenser finnas i form av kuratorer, specialpedagoger, psykologer och läkare för att genomföra uppdraget.

Kommunernas arbete inom socialtjänsten i form av föräldrastödsinsatser nämns också som ett viktigt inslag i det förebyggande arbetet.

3.2.5 Kommentarer och bedömningar

För att tillgodose målgruppens behov behövs resurser och kompetens och ett effektivt utnyttjande och samordning av dessa.

Granskningen visar att det finns problem med att rekrytera och behålla personal. Psykiatrin har enligt de intervjuade hög personalomsättning och det är en utmaning att se till att ny personal får en bra start. Flera intervjuade uttrycker att det inom psykiatrin är brist på läkare, psykologer och sjuksköterskor men att hyrpersonal undviks i möjligaste mån. Situationen inom barn- och ungdomspsykiatrin betecknas dock vara bättre än för två år sedan. Primärvården uppges dock vara välförsörjd med psykologer.

En konsekvens av personalsituationen är att kontinuiteten i patientkontakterna blir lidande när hyrpersonal används. En fast vårdkontakt är nödvändig för många patienter för att vården ska vara framgångsrik.

Personalomsättningen innebär även problem med att vidareutveckla och effektivisera verksamheten. Svårigheter uppstår när nya arbetssätt och rutiner ska implementeras. Nya arbetssätt och synsätt är enligt intervjuade nödvändigt då patientkategorin förändras.

Vi uppfattar att det finns en stor medvetenhet inom samtliga verksamhetsdelar vi varit i kontakt med om den nuvarande personalsituationen och de konsekvenser den medför. Vi har dock under granskningen inte funnit något underlag som beskriver hur Regionen på ett strategiskt plan beskriver hur Regionen ska arbeta med att säkerställa kompetensen för att tillgodose behoven hos målgruppen.

Beträffande det förebyggande arbetet uppfattar vi att det är av avgörande betydelse om verksamheterna inom psykiatriområdet, såväl första-linjen som den specialiserade nivån, ska lyckas i sitt uppdrag. Vi ser att det finns många goda exempel på förebyggande insatser som exempelvis familjecentraler, insatser inom elevhälsan, BVC, MVC men vårt intryck är att resurser till detta inte alltid prioriteras.

När det gäller gruppen äldre med psykisk funktionsnedsättning uppfattar vi att detta inte är en prioriterad grupp idag trots att enligt undersökningar omkring 20 procent av alla äldre idag lider av psykisk ohälsa. Inom en snar framtid är ca 25 procent av Sveriges befolkning 65 år och äldre, vilket gör psykisk ohälsa till en av de större folksjukdomarna. Här bedömer vi att regionen bör ta initiativ till att ge gruppen en ökad uppmärksamhet inte minst med tanke på den demografiska utvecklingen.

3.2.6 Utbud och tillgång till hälso- och sjukvård i rimlig tid

Tillgänglighet

Alla patienter ska få ett förstabetesök i den specialiserade vården inom 90 dagar enligt den nationella vårdgarantin. Nedan visas måluppfyllelsen, dvs andel väntande patienter som har väntat 90 dagar eller kortare på ett förstabetesök under den aktuella

mätperioden. Uppgifterna gäller allmän psykiatri och är hämtade från Väntetider i vården.

Vuxenpsykiatri

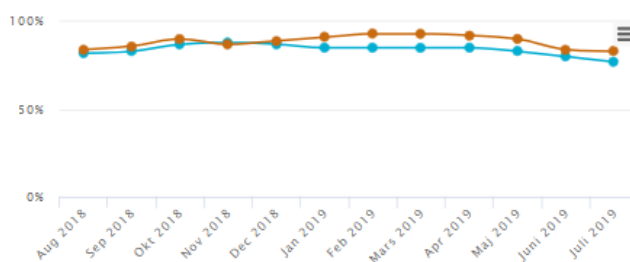
Måluppfyllelse förstabesök

Juli 2019



Måluppfyllelse vårdgaranti
83% (Alla regioner: 77%)

Andel väntande patienter som väntat 90 dagar eller kortare på ett beslutat besök i specialiserad vård.



Andel väntande patienter som väntat 90 dagar eller kortare på ett beslutat besök i specialiserad vård, per månad.

Andelen patienter som får ett förstabesök inom allmänpsykiatrin inom 90 dagar uppgår för Region Dalarna i juli till 83 procent, vilket är en något större andel än genomsnittet i riket (77 procent). Andelen har varit relativt konstant under de senaste tolv månaderna.

I figuren nedan visas hur länge patienterna fått vänta.

Hur länge har man väntat?



Väntetid	Antal patienter	Procent
0-30 dagar	80 st	(29,1%)
31-60 dagar	82 st	(29,8%)
61-90 dagar	66 st	(24%)
Längre än 90 dagar	47 st	(17,1%)

Antal dagar väntande patienter har väntat, samt fördelningen i procent (exklusive patienter som själva valt att vänta).

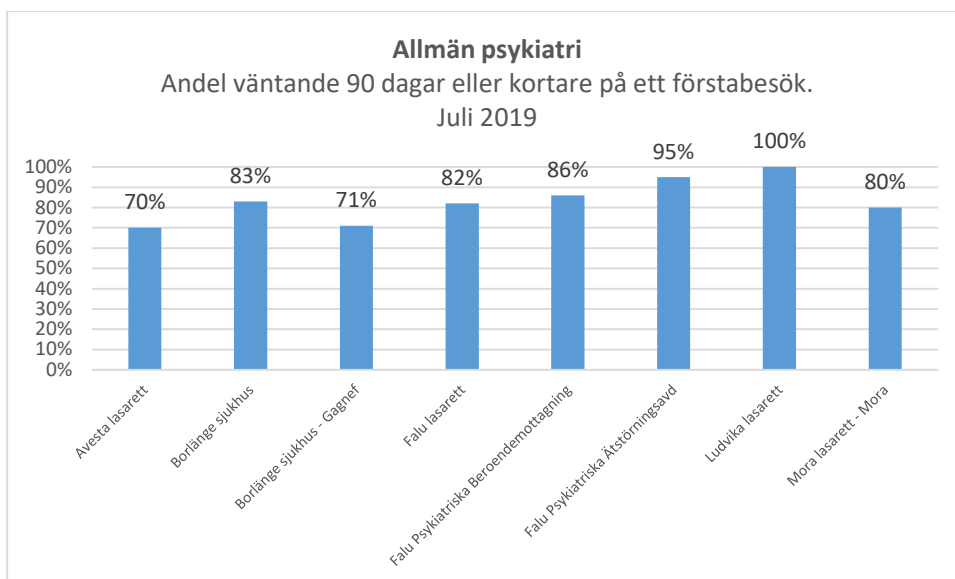
Antal väntande till förstabesök

Urval: 275
Alla regioner: 9 704

Totalt antal väntande patienter vid mätillfället (exklusive patienter som själva valt att vänta).

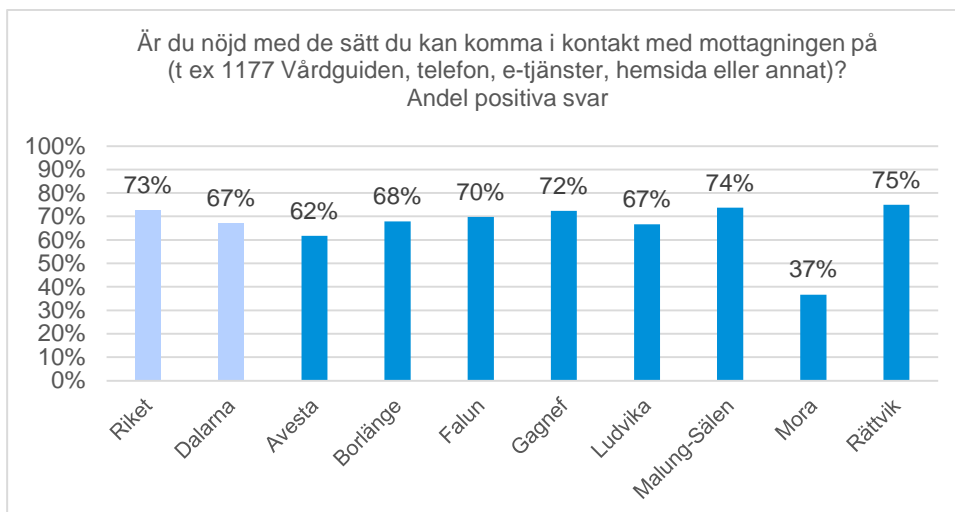
Flertalet (ca 60 procent) har fått ett första besök inom 60 dagar, 47 patienter har i juli väntat längre än 90 dagar på ett första besök.

Figuren nedan visar för olika vårdinrättningar i Region Dalarna hur stor andel patienter som fått vänta 90 dagar eller kortare på ett första besök.



Väntetiderna varierar en del mellan mottagningarna i regionen. Vid psykiatriska mottagningen vid Ludvika har alla patienter fått ett första besök inom 90 dagar, motsvarande för psykiatrimottagningarna i Avesta och Borlänge är ca 70 procent.

I den nationella patientenkäten ställs frågan om man är nöjd med de sätt man kan komma i kontakt med mottagningen.



För samtliga utom Mora uppgår andelen positiva svar till mellan ca 60 procent och 75 procent. I Mora är andelen positiva svar betydligt mindre (37 procent). Genomsnittet i riket är 73 procent positiva svar.

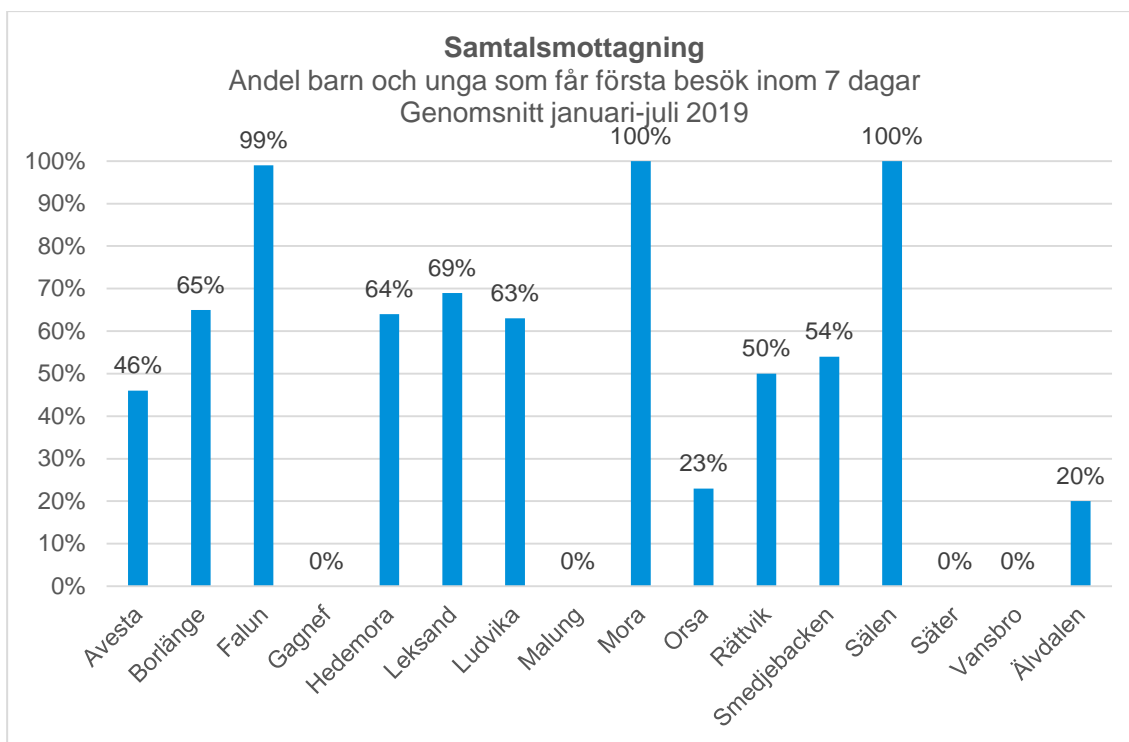
I intervjuerna uttrycks att väntetiderna till första besök i allmänhet klaras men att det är upp till ett års väntetid på neuropsykiatriska utredningar. Dessa patienter upplyses om möjligheterna till utredning inom ramen för det fria vårdvalet men många väljer ändå enligt uppgift att vänta.

Barn- och ungdomspsykiatri

Genom överenskommelsen mellan staten och SKL 2019 fördelas 380 miljoner kronor mellan regionerna för att korta köerna i barn och ungdomspsykiatri. Målsättningen för tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatri är 30 dagar till första besök och 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling. Andelen genomförda första bedömningar och påbörjade fördjupade utredningar och behandlingar inom tidsgränsen (30+30 dagar) inom barn- och ungdomspsykiatri redovisas månatligen uppdelat per region i Väntetider i vården.

Första-linjen (Samtalsmottagning)

En förändring i årets överenskommelse är att lagstiftningen om den förstärka vårdgarantin gäller vilket innebär kontakt med primärvården samma dag samt att få en bedömning i primärvården eller motsvarande första-linjeverksamhet inom dag 3. Figuren nedan visar hur stor andel som fått ett första besök inom första-linjen inom *sju dagar*. Uppgifterna gäller genomsnitt för perioden januari-juni 2019 och är hämtade från Väntetider i vården.

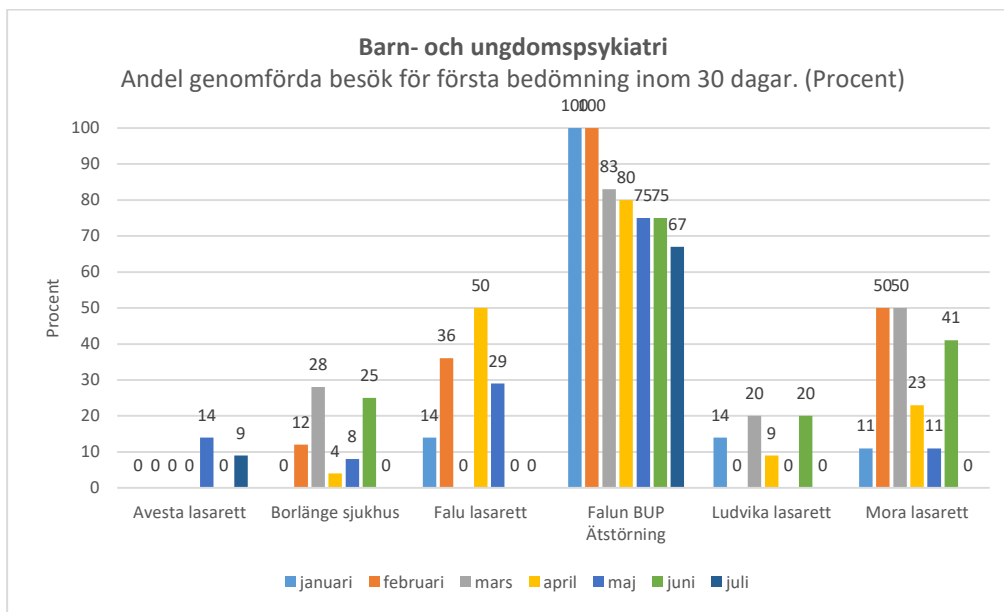


Vid samtalsmottagningarna i Falun, Mora och Sälen har i stort sett alla sökande fått ett första besök inom sju dagar. Tillgängligheten är betydligt sämre för mottagningarna i Orsa (23 procent) och Älvdalen (20 procent). För övriga varierar andelen som fått ett första besök inom sju dagar mellan 43 procent och 69 procent. För Gagnef, Malung, Säter och Vansbro finns inga uppgifter eller inga sökande. Här bör noteras att det är relativt få besök i flera av mottagningarna vilket innebär att varje enskilt besök får stort utslag i procent räknat. Flest antal besök har gjorts vid samtalsmottagningen i Falun (148 besök under januari till juli), totalt i länet har 353 besök genomförts under januari - juli. Av statistiken kan även utläsas att totalt för länet får 69 procent ett första besök

inom sju dagar och 54 procent ett första besök inom tre dagar. Motsvarande för riket är 35 procent ett första besök inom sju dagar och 25 procent inom tre dagar.

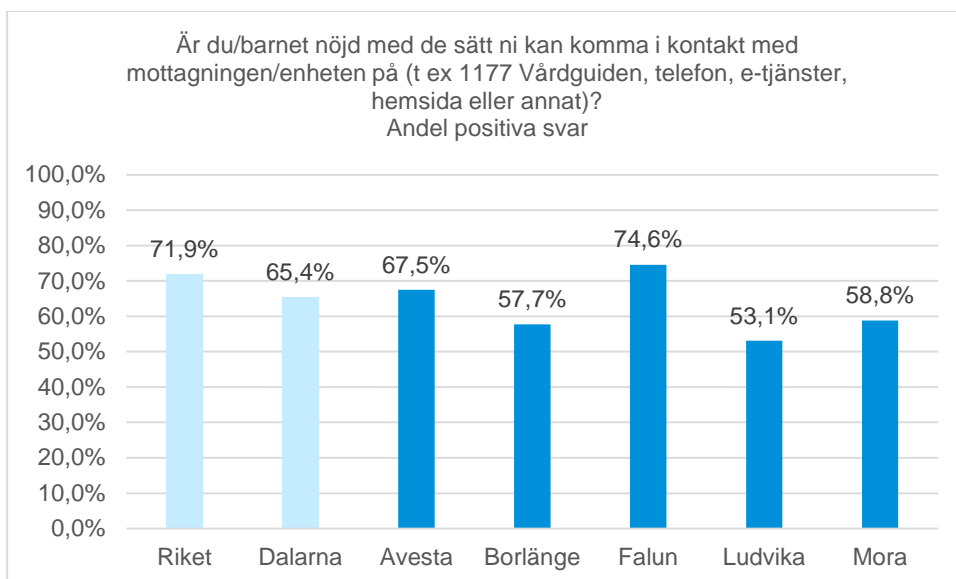
Specialistnivån (BUP)

Nedanstående figur visar för perioden januari – juli 2019 för hur stor andel av de sökande som ett besök genomförts för en första bedömning inom 30 dagar vid någon av mottagningarna i länet.



Statistiken visar att det vid de flesta mottagningarna är betydligt färre än hälften av de sökande som genomfört ett besök inom 30 dagar. Bäst tillgänglighet har Åtstörningsenheten i Falun, dock har andelen genomförda besök inom 30 dagar successivt minskat under året.

I den nationella patientenkäten ställs en fråga om man är nöjd med de sätt man kan komma i kontakt med mottagningarna.



Andelen positiva svar är störst för mottagningen i Falun och lägst för mottagningen i Ludvika. För flertalet mottagningar är andelen positiva svar mindre än genomsnittet i riket.

Av intervjuerna framgår att söktrycket på BUP upplevs vara stort och att de förebyggande insatserna i skolan, mödravård (MVC) och barnavård (BVC) är viktiga och en förutsättning för att BUP ska klara sitt uppdrag. Det framgår även att det pågår ett intensivt arbete med att nå målet på 30 dagar. Skillnaderna i tillgänglighet kan förklaras av vakanser på vissa tjänster men även på skillnader i arbetssätt mellan mottagningarna. Det beskrivs även att det finns en problematik med att fokusera alltför mycket på att klara målet om ett första besök inom 30 dagar, det kan medföra att väntetiderna för behandlingsinsatserna istället ökar då antalet ärenden "buffrar upp".

De intervjuades uppfattning om utbud och tillgång till kommunala insatser

De intervjuade inom RUG Vuxenpsykiatri menar att kommunerna skulle behöva samverka mer över kommungränser för att kunna erbjuda individerna rätt stöd, främst avseende boendeformer. Vissa små kommuner kan inte erbjuda rätt anpassade boenden med personal som har rätt kompetens. Generellt behövs också mer/bättre kunskaper om målgruppen.

Divisionschefen inom primärvården menar att målgruppens tillgänglighet till första linjens psykiatri är god. Något som bidrar till detta är tillkomsten av sju familjecentraler i länet vilka alla ska arbeta förebyggande och med tidiga insatser.

I en intervju lyfts att det i kommunerna saknas stödboenden för de personer som far mest illa.

I Mora, Rättvik och Malung finns integrerade missbruksmottagningar med ett samarbete mellan kommunen, vårdcentralen och öppenvårdspsykiatrin. Mottagningen erbjuder samlade insatser för den som är över 18 år och har samsjuklighet med psykisk ohälsa och beroendeproblematik.

Från BUP:s sida finns önskemål om att skolorna generellt skulle göra mer i utredningshänseende innan eller i samband med att remittering sker till BUP. Här varierar det mellan kommunerna i länet, från vissa skolor erhålls mer omfattande underlag, ofta skolor där skolläkare och skolpsykolog funnits tillgängliga. När det gäller samverkan med kommunernas socialtjänst uppstår ibland en problematik i ansvarsfördelningen för barn som har en familjesituation som inte fungerar och dessutom lider av psykisk ohälsa.

3.2.7 Kommentarer och bedömningar angående utbud och tillgång till vård i rimlig tid

Utifrån uppgifterna i Väntetider i vården kan konstateras att när det gäller tillgång till vuxenpsykiatrins resurser och kompetens är tillgängligheten något bättre i Region Dalarna än i riket. I genomsnitt får 83 procent av de sökande ett första besök inom 90 dagar, i riket är genomsnittet 77 procent (gäller januari-juli 2019). Det finns dock en relativt stor variation mellan mottagningarna i länet vilket kan medföra att länsinvånarnas rättighet och möjlighet till lika vård i viss mån kan ifrågasättas. Av den nationella patientenkäten framgår att ca tre av fyra patienter uppger att de är nöjda med de sätt de kan komma i kontakt med mottagningarna. Ett undantag finns – för mottagningen i Mora uppger endast ca 37 procent att de är nöjda med sättet att komma i kontakt med mottagningen. Här bedömer vi att en analys behöver göras för att närmare undersöka vad som ligger bakom resultatet.

När det gäller barn och unga framgår av uppgifterna från Väntetider i vården att det är stor variation inom länet beträffande tillgängligheten till första-linjens samtalsmottagningar. I tre av mottagningarna får i stort sett alla sökande ett besök inom sju dagar, medan tillgängligheten vid övriga samtalsmottagningar varierar mellan ca 20 procent och 70 procent. Förstalinjens insatser är viktiga för att tidigt upptäcka tecken på psykisk ohälsa och att arbeta både förebyggande och behandlande, på så sätt kan trycket minska på specialistnivåns kompetenser och resurser.

Tillgången till barn- och ungdomspsykiatrins kompetenser och resurser varierar stort inom länet. Bäst tillgänglighet - mätt som hur stor andel som får ett första besök inom 30 dagar – har ätstörningsenheten i Falun. Vid de övriga BUP- mottagningarna i länet är det mellan noll och hälften av de sökande som fått ett första besök inom 30 dagar. Den nationella patientenkäten visar att andelen som är nöjda med sätten att komma i kontakt med mottagningen är störst i Falun och minst i Ludvika, Borlänge och Mora där tillgängligheten (i form av besök inom 30 dagar) är låg. Ett visst samband synes således finnas mellan tillgänglighet och patienternas uppfattning.

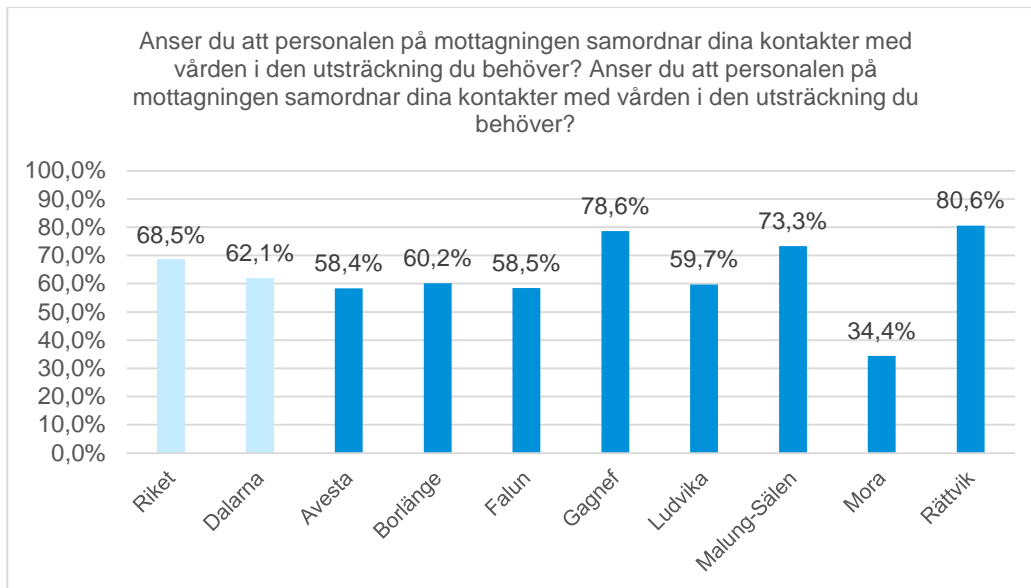
Av intervjuerna framgår att det pågår ett intensivt arbete inom BUP med att klara målet om högst 30 dagar till ett första besök men att brist på personal och skillnader i arbetssätt mellan mottagningarna skapar stora utmaningar i att nå målet. Vi har förståelse för problematiken med detta och vill understryka vikten av att sprida goda exempel på arbetssätt mellan mottagningarna för att bidra till en så likvärdig tillgång som möjligt i länet till BUP:s resurser och kompetenser.

3.2.8 Målgruppens och de intervjuades och uppfattningar om hur vårdkedjan fungerar

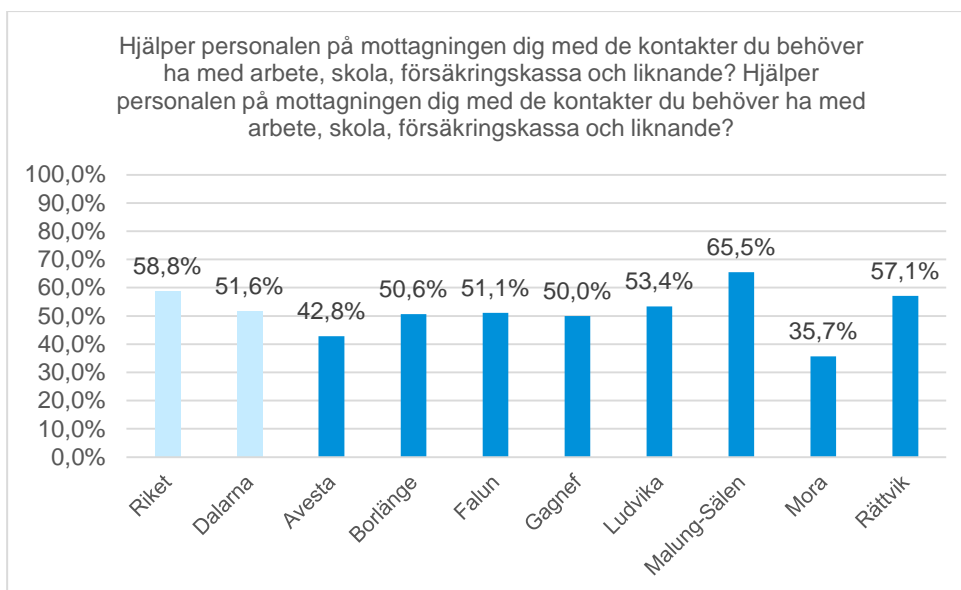
Nationella patientenkäten

Sedan år 2009 deltar samtliga landsting och regioner i Nationell Patientenkät. Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Arbetet samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting. Resultaten används för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv, samt är ett underlag för jämförelser mellan vårdenheter och ett redskap för styrning och ledning. Den senaste undersökningen genomfördes år 2018. Inom psykiatrin har ca 33 000 patienter gett sin syn på den vård de fått. Av sammanfattningen från undersökningen framgår att psykiatripatienterna generellt i mindre grad än patienter i den somatiska vården anser att samordningen fungerar i den utsträckning som behövs. Resultat från Dalarna redovisas nedan, uppdelat på vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Figurerna visar hur stor andel som uttrycker en positiv uppfattning för respektive fråga.

Vuxenpsykiatri, öppenvård

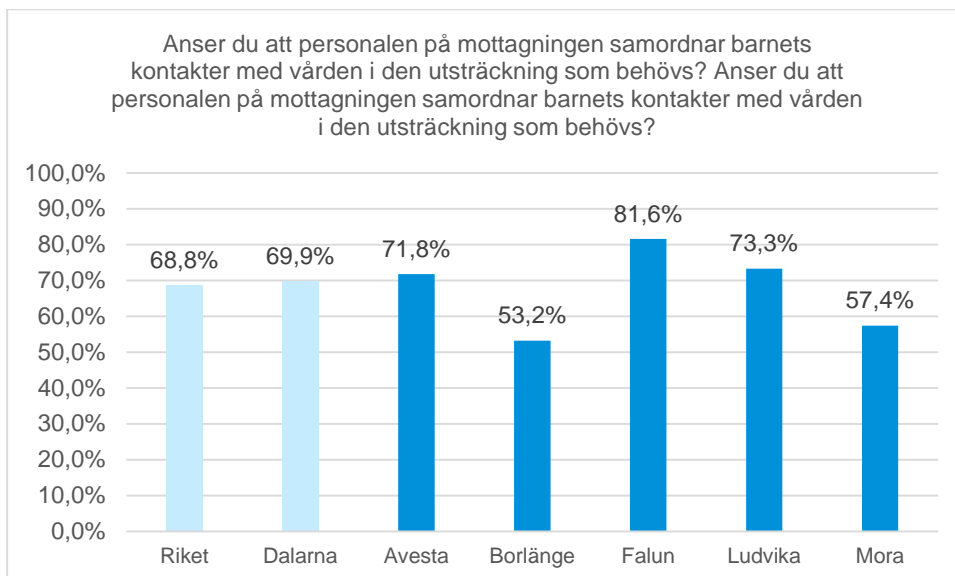


Skillnaderna mellan kommunerna är relativt stora. Störst andel positiva svar lämnas från patienterna i Rättvik (80,6 procent) och Gagnef (78,6 procent), minst andel positiva svar kommer från patienterna i Mora (34,4 procent). Genomsnittet i riket är 68,5 procent.

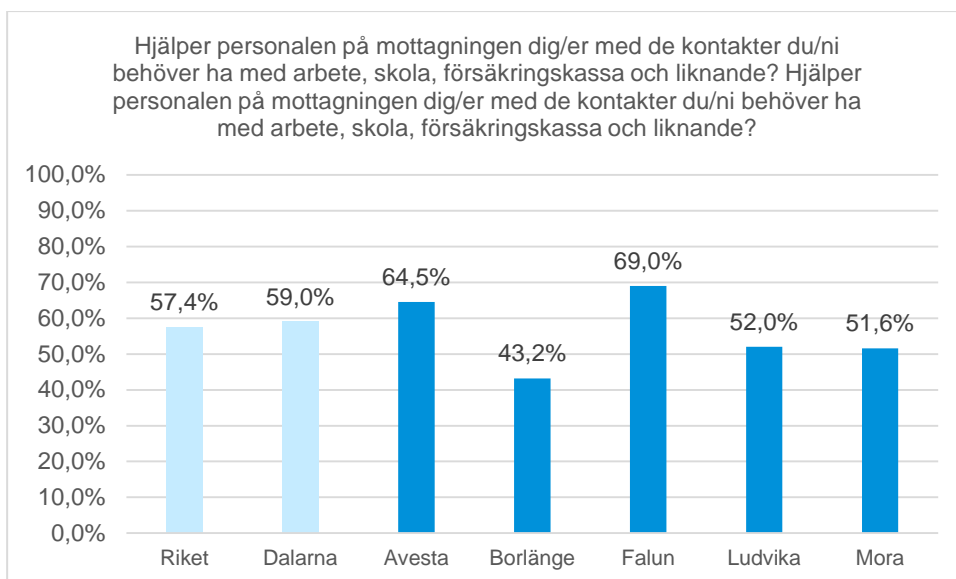


I likhet med föregående fråga så är andelen positiva svar minst i Mora (35,7 procent), Störst andel i Malung-Sälén (65,5 procent)

Barn- och ungdomspsykiatri, öppenvård



När det gäller samordning av barnets kontakter med vården kommer störst andel positiva svar kommer från patienter i som besökt mottagningen i Falun (81,6 procent), vilket är klart över riksgenomsnittets 68,8 procent. Minst andel positiva svar från patienter som besök mottagningen i Borlänge (53,2 procent).



Även på frågan om personalen hjälper till med kontakter med olika myndigheter och aktörer är andelen positiva svar störst i Falun (69,0 procent) och lägst i Borlänge (43,2 procent).

Brukarorganisationers uppfattning om vårdkedjans funktion.

Från intervju med representant för Utvecklingsstörda och psykiskt funktionshindrade

Problem med avstånd till vårdinstanser kan ibland leda till att personen hellre avstår att söka vård och självmedicinerar/ vårdar sig själv istället. Individer i denna grupp kan ha svårt att vistas i offentliga miljöer med olika ljud och intryck. Som åtgärd framförs förslag om att ambulera team kan komma hem till de som inte kan ta sig till vården.

På temat kommunikation lyfts två problem. Det ena är att de personer som inte kan uttrycka hur och var det gör ont riskerar att få fel insatser. Det finns inga verktyg för att ta reda på hur dessa individer mår men sådana verktyg behöver skapas. Det andra handlar om direkta problem med att förstå vad som sägs när personer träffar vårdpersonal som inte talar bra svenska. Detta riskerar att försämra möjligheten till en tillitsfull kontakt och kan skapa oro.

Liknande bekymmer kan uppstå till följd av att medlemmarna oftast träffar olika läkare eller annan personal varje gång, gäller främst primärvården och de som är över 18 år. Generellt menar representanten att kunskaperna om denna grupp, deras specifika behov och hur de ska bemöta dem, är för låga.

Slutligen framförs även att stöd till personer med utvecklingsstörning behöver stärkas när det gäller att ge stöd vid deras kontakter med myndigheter som försäkringskassa och kommuner.

Från intervju med representant för Attention (personer med neuropsykisk funktionsnedsättning, ADHD etc)

Representanten menar att vårdkedjan fungerar väldigt dåligt med långa väntetider till utredning, sedan väntetid till läkare för medicinering. Övrig behandling är nästan obefintlig.

Inom BUP "heter" det att föräldrar kan skriva en egenremiss. En förälder måste dock vara väldigt kunnig för att lyckas få in sitt barn i vården på detta sätt. Annars ska detta ske via skolan vilket kan ta väldigt lång tid. Därefter ska en remiss skrivas till BUP. Sedan följer vanligen en tre månaders väntan till bedömningsamtal. BUP träffar barnet under ett kort bedömningsamtal. Om de bedömer att det finns skäl att gå vidare, tar det lång tid för vidare utredning. Valfrihetsremiss finns som möjlighet – att anlita en privat och då kan det gå ganska snabbt med en utredning, kan vara klart på fyra månader. På BUP har en vanlig väntetid legat på ett år, men är nu något kortare.

De privata utredningsbolagen har gjort bra utredningar. Sedan återförs den vidare hanteringen till BUP eftersom det bara är BUP som utför behandling. Det tar ofta minst en månad från att en utredning är klar till start med medicinering. Patienten måste träffa en BUP-läkare innan medicinering kan starta. En ADHD-sköterska kan finnas som stöd för vissa men det är generellt dålig tillgänglighet till dem, kanske en timmes telefontid per vecka och det är ofta upptaget.

Många individer med olika diagnoser/tillstånd behöver verkligen även andra behandlingar än medicin – urdåligt att detta inte kan erbjudas!

När barn utreds, kommer föräldrar ofta på att de har samma problem och behöver göra en egen utredning. Detta ger ännu längre väntetider. Svårt att komma fram per telefon.

Individuell terapi existerar i princip inte, samtidigt fungerar inte gruppterapi alls för många av de som har denna typ av besvär.

Kommunala insatser: Många har behov av boendestödare och detta har ofta funkat väldigt bra. Attention har inte så många medlemmar som har SÄBO. Insatser från socialpsykiatrin kan dock finnas. Rehab kan fungera olika i olika kommuner.

Det är oklart vem som skriver ner/dokumenterar planen vid SIP-möten. Den som sammankallar ska dokumentera. På habiliteringen har de varit mycket duktiga avseende dokumentationen.

Det är problem vid överföring till Vuxenpsykiatrin när personer passerar 18-års ålder.

Problematiken med personalkontinuitet är svårare inom psykiatrin än i kommuner.

Representanten från Attention menar slutligen att organisationens synpunkter beaktas allt mer av Regionens verksamheter.

Även företrädare för RUG-Vuxenpsykiatri lyfter fram det positiva samarbetet med brukarföreträdare. Inom ramen för RUG-arbetet har fler hearings genomförts med brukarföreträdare för att fånga upp deras synpunkter.

Verksamhetsföreträdarens uppfattning om vårdkedjans funktion.

Det har skett en hel del satsningar för en ökad delaktighet men fortsatta behov av förbättringar finns framförallt för att involvera individen i sin vård och behandling.

Inom primärvården har flera barn- & ungdomsmottagningar startat och enligt de intervjuade är det lätt att få tid här. En utmaning är att få till en bra samverkan mellan primärvården och psykiatrin. Enligt en enkät som nyligen genomförts bland samtalsterapeuter i primärvården är 40 procent inte nöjda med samarbetet.

Under intervjuerna framkommer synpunkter på att det ibland uppstår krångel med några av kommunerna i länet. Det kan t.ex. bestå i att fel personer skickas till möten vilket innebär att insatser i vårdkedjan kan fördröjas.

Enligt uppgift i intervju har patientnämnden många ärenden som härrör från psykiatrin. Exempel på ärenden som nämns är att patienter lämnas ensamma, blir lovade olika saker som inte händer.

Enligt utvecklingsledaren som arbetat med RUG Funktionshinder finns tre viktiga utvecklingsbehov:

- Att säkerställa rätt insatser - förstå effekterna av insatserna (det saknas systematisk uppföljning av insatser)
- Delaktighet vuxna
- Delaktighet barn

3.2.9 Kunskapen om hur berörda individer upplever att samverkan fungerar

Enligt de intervjuade inom RUG Vuxenpsykiatri finns begränsad kunskap om detta. Vid något tillfälle har s.k. brukarrevisioner genomförts inom delar av verksamheten.

Från en brukaruppföljning som är dokumenterad i en rapport 2018 framgår dels att det är svårt för målgruppen att få hjälp inom vuxenpsykiatrin och att det anses som mycket viktigt att säkerställa ett gott bemötande (och involvera anhöriga) vid första kontakten. De intervjuade vid RUG Vuxenpsykiatri jobbar med frågan men delar bilden av att det ibland inte blir en tillräckligt bra första kontakt/bemötande.

Verksamhetsföreträdare för vuxenpsykiatrin uppger att de genomför möten med brukarföreningar och att den nationella patientenkätens resultat tas upp i olika sammanhang.

Inom habiliteringen har intervjuer gjorts med patienter och anhöriga angående hur de uppfattar att verksamheten fungerar. Det finns även brukarråd inrättade vid alla enheter och det har också genomförts fokusgrupper i form av cafékvällar med patienter och anhöriga.

Barn- och ungdomspsykiatrin genomförde under förra året patientenkäter via iPads i väntrum med frågor angående tillgänglighet, bemötande, om man fått en vårdplan, är trygg, kontinuitet i behandlingen. Svarefrekvensen uppges vara varierande mellan mottagningarna. Resultatet används i förbättringsarbetet. Patienterna kan även skicka in förslag på förbättringar.

En fråga som kommit upp i intervjuer på ledningsnivå är vad som egentligen driver kvalitet i vårdval primärvård. Det finns en indikator som handlar om patienter fått samtalsterapi men detta säger ingenting om ifall denna varit bra, eller om t.ex. en nationell riktlinje följts i förekommande fall.

3.2.10 Kommentarer och bedömningar angående vårdkedjans funktion och kunskapen om hur berörda individer upplever att vårdkedjan fungerar

Den som söker hjälp för psykisk ohälsa behöver mötas av rätt kompetens och samverkan mellan psykiatri, primärvården, socialtjänsten och andra relevanta aktörer måste fungera effektivt. Hjälp och stöd i samordning av insatser är många gånger avgörande för en framgångsrik behandling, i synnerhet då många patienter som lider av psykisk ohälsa/sjukdom kan ha svårt att själva ta initiativ till olika typer av insatser.

Resultaten från den nationella patientenkäten visar att patienterna inom psykiatri generellt i mindre grad än patienter i den somatiska vården anser att samordningen fungerar i den utsträckning som behövs. I Dalarna är andelen patienter inom vuxenpsykiatri som upplever att de får hjälp av personalen vid mottagningen i kontakter med vården mellan ca 34 procent och 80 procent, således stor variation mellan mottagningarna. Inom barn- och ungdomspsykiatri är motsvarande siffra mellan ca 53 procent och 82 procent. Patienterna upplever inte heller i någon större grad att mottagningen hjälper till med kontakter med arbete, skola, försäkringskassa och liknande. Här varierar andelen positiva svar mellan ca 36 procent och 66 procent (vuxenpsykiatri) och ca 43 procent och 69 procent (barn- och ungdomspsykiatri). Vår bedömning är att detta är tydliga indikationer på att vårdkedjan inte fungerar helt tillfredsställande ur ett patientperspektiv. Vi uppfattar också av de intervjuer som genomförts med såväl representanter för brukare/patienter som verksamhetsföreträdare att det lyfts brister i kommunikation och samordning.

Vi uppfattar att resultaten från nationella patientenkäten används som ett av underlagen i förbättrings- och utvecklingsarbetet för att på så sätt fånga patientupplevelser som en viktig utgångspunkt för förbättringsarbetet. Andra positiva inslag i detta är de möten och hearings som genomförts/s inom vuxenpsykiatri med brukarföreträdare och de patientenkäter som genomförts inom barn- och ungdomspsykiatri. Vi ser detta som utmärka källor för att fånga patienternas upplevelser av vården och de insatser som genomförs av i många fall flera olika aktörer. Utmaningen är som vi ser det att utifrån de olika undersökningarna göra en samlad analys som berör samtliga aktörer i vårdkedjan och att utifrån den analysen identifiera väldefinierade aktiviteter för de olika aktörerna så att en verklig förbättring upplevs hos patienterna.

3.3 SIP:ar – substansgranskning, en sammanställning

Nedan sammanfattar vi vad som framkommit i den särskilda substansgranskning som skett av samordnade individuella vårdplaner (SIP:ar). Den använda metoden redovisas i bilaga 2. Som framgår av bilden har vi försökt att besvara ett antal frågor för varje granskad SIP och vi har fångat upp dessa via kommunernas biståndshandläggare. Tabellen nedan är en sammanställning av de SIP-granskningar som redovisas i respektive kommunrapport.

Sammanställning substans- granskning av SIP:ar	Borlänge (7)	Falun (8)	Gagnef (0)	Hedemora (8)	Leksand (4)	Ludvika (4)	Malung- Sälen (5)	Mora (0)	Orsa (3)	Rättvik (4)	Smedje- backen (2)	Säter (4)	Vansbro (3)	SAMLAD BILD (52)
1) Finns tillgång till SIP:en via det digitala verksamhetssystemet?														
2) Finns mål med SIP:en som en del i själva planen?														
3) Finns uppgift om vilka som var kallade och vilka som deltog eller uteblev?														
4) Finns en beskrivning av vem som ska göra vad?														
5) Framgår det vem som har det övergripande ansvaret för SIP:en?														
6) Har SIP:en följts upp? 6.1) Om SIP:en har följts upp, finns dokumentation av uppföljningen tillgänglig i SIP eller på annat sätt via verksamhetssystemet?														
7) Finns någon bedömning av om insatta åtgärder leder mot målen (om mål finns) eller om insatserna bedöms innebära att individens behov är tillgodosedda?														
Förklaring till färgskala														

3.3.1 Kommentarer och bedömningar

Genom den granskning som skett i respektive kommun har vi totalt sett tagit del av 52 SIP:ar i 11 av de 13 kommuner som deltar. I två kommuner har vi inte erhållit SIP:ar (främst pga. svårigheter att få fram sådana i avsaknad av digital sökbarhet). Generellt sett har vi haft svårigheter att få fram SIP:ar utifrån den metod som planerades och slumpmässigt urval har i hög grad fått överges till förmån för att granska de SIP:ar som gått att få fram. Urvalet bedöms ändå tämligen väl spegla innehållet i SIP:ar för de brukare som är aktuella under våren/sommaren 2019, i berörda kommuner. Denna bedömning baseras på att vi i flera kommuner granskat samtliga eller nästan samtliga aktuella SIP:ar.

Utfallet av SIP-granskningen visar en tämligen splittrad bild där vissa kommuner tycks ha kommit längre med att tydliggöra mål med SIP:en och ansvar för insatser. Generellt sett finns klara förbättringsmöjligheter när det gäller att följa upp i vilken grad samordningen leder till att brukarens behov uppfylls. Vi har valt att inte värdera utfallen i den fråga som handlar om ifall uppföljning av SIP har skett. Anledningen är att SIP:arna i flera fall är upprättade relativt nyligen och att uppföljning av det skälet inte ännu är motiverad.

Flera kommuner har behov av att klargöra mål (vad som ska uppnås för brukaren) i sina SIP:ar som nu i för hög grad beskriver aktiviteter.

Flera kommuner saknar ett digitalt stöd för SIP i sitt verksamhetssystem och ett allmänt bekymmer är också att regionen och kommunen har olika verksamhetssystem och olika rutiner för hur SIP ska dokumenteras. Det leder dels till slöseri med resurser dels till en osäkerhet kring hanteringen av SIP:ar.

Vi har inte uppfattat det som ett generellt förhållande men från flera kommuner framförs att representant från vårdcentral och/eller öppenvård psykiatri utblir från SIP pga. att de inte anser sig kunna avsätta resurser för att delta. Granskningen visar att det finns otydlighet i flera kommuner när det gäller att dokumentera vilka som kallas och vilka som deltar/utblir från SIP. Detsamma gäller men i något högre grad avseende tydligheten om vem som har det övergripande ansvaret för SIP:en.

I intervjuerna med kommuner har det framkommit att det tar väldigt lång tid innan regionen översänder dokumentation från SIP:ar som landstinget kallat till. Det händer att dokumentationen inte skickas alls.



Vår bedömning sammantaget är att arbetet med SIP behöver fortsätta att utvecklas för att uppnå lagens intention och SKL:s rekommendation.

4 Svar på revisionsfrågor

Finns en gemensam styrning och uppföljning av samverkan kring målgruppen?

Ja, det finns ett flertal rutiner, överenskommelser och även en organisation för styrning av samverkan. Organisationen är etablerad sedan ett flertal år men är nu till delar under omstöpning. Den uppföljning som finns avseende samverkan är inte tillräcklig för att svara på hur väl målgruppens behov tillgodoses.

Finns styrande dokument och uppdrag som klargör ansvar och förbinder huvudmännen att utföra väl definierade uppgifter?

Ja

Hur fungerar samverkan? Tillämpning av dokumenten?

Under hösten 2019 finns en oklarhet kring hur den övergripande samverkan fungerar till följd av den pågående omstöpningsen. Beträffande samverkan på individnivå konstaterar vi att det uppstår diskussioner om ansvarsfördelningen mellan olika parter trots dokumenterad ansvarsfördelning.

Vilken tillgänglighet finns till insatser i primärvården och i den specialiserade psykiatrin?

Tillgängligheten är generellt sett god i relation till riket men med klara möjligheter till förbättringar. Tillgängligheten varierar i ganska hög grad mellan olika enheter.

Hur arbetar regionen förebyggande?

Flera intervjuade ger uttryck för att det finns mycket ytterligare att göra inom detta område. Samtidigt lyfter många de goda exempel som finns genom inrättandet av familjecentraler i alla kommuner.

Finns en tillfredsställande verksamhetsuppföljning och resultatredovisning kopplad till mål för samverkan?

Nej detta finns inte. Befintliga mål för samverkan fokuserar i allt väsentligt på aktiviteter och inte på vad som ska uppnås.

Hur säkerställer regionen att de sköter sina delar i arbetet med målgruppen (styr, följer upp och förbättrar)?

Det finns flera fora där bl.a. denna typ av frågor diskuteras, t.ex. Styrgrupp psykisk hälsa och RUG-psykiatri samt RUG-funktionsnedsättning. Vi har efterfrågat men inte fått någon dokumentation som närmare beskriver uppföljning och säkring.

Hur uppmärksammas målgruppen äldre med psykisk ohälsa?

Detta är enligt vår bedömning inte en prioriterad grupp idag. Trots detta vill vi återge några exempel på insatser för denna grupp. För något år sedan genomfördes två temadagar om äldre med psykisk funktionsnedsättning och en metod har utarbetats för första hjälpen vid psykisk ohälsa att användas t.ex. vid äldreboenden. I primärvården i Mora är äldre med psykisk funktionsnedsättning ett särskilt fokusområde och samtalsgrupper för dessa genomförs.

Upplever brukarna att samverkan mellan huvudmännen fungerar?

I detta sammanhang finns klara brister både utifrån den nationella patientenkätens resultat och utifrån våra intervjuer med brukarföreningar.

Hur säkerställer verksamheterna att medarbetarna har rätt kompetens?

Vår uppfattning är att Regionen fokuserar arbetet på kompetensförsörjning. Vi har under granskningen inte funnit något underlag som beskriver hur Regionen på ett strategiskt plan närmare ska arbeta med att säkerställa kompetensen för att tillgodose behoven hos målgruppen. Se avsnitt 3.3.2.

Övergripande revisionsfråga

Är vårdkedjan för personer med psykisk funktionsnedsättning med behov av insatser från såväl kommun som landsting, ändamålsenlig och effektiv?

Vår samlade bedömning är att vårdkedjan i delar är ändamålsenlig, utifrån att övergripande planerings- och styrdokument finns på plats och att det finns en etablerad samverkan mellan kommuner och Regionen sedan ett flertal år. För att utveckla ändamålsenligheten behöver dock uppföljningen stärkas.

När det gäller frågan om effektivitet så saknas tillräckligt underlag för att avgöra i vilken grad målgruppens behov tillgodoses. Detta innebär att vårdkedjans effektivitet inte kan bedömas med större säkerhet. Oklarheter kring vem som får en SIP liksom frånvaro av uppföljning av dessa indikerar dock brister i effektivitet.

Bilaga 1 Metod

Granskningen har genomförts som en intervju och dokumentgranskning och har även innehållit en substansdel där ett urval SIP:ar har granskats (se bilaga 2).

Intervjuer har skett med:

- Utvecklingsledare RUG psykiatri
- Utvecklingsledare RUG funktionshinder
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Divisionschef Psykiatri
- Divisionschef Primärvård
- Ordförande Hälso- och sjukvårdsnämnden
- Verksamhetschef psykiatrisk slutenvård
- Verksamhetschef barn- och ungdomspsykiatri (BUP)
- Verksamhetschef vuxenpsykiatri norra Dalarna
- Verksamhetschef habiliteringen
- Verksamhetschef vuxenpsykiatri mellersta Dalarna
- Representant i Funktionshinderrådet för Attention
- Representant i Funktionshinderrådet för FUB

Följande dokument har granskats:

- Samverkansöverenskommelser mellan kommunerna och regionen
- Huvudmännens budgetar och verksamhetsplaner
- Ett urval av vårdplaner (SIP:ar) per kommun. Granskning sker av överensstämmelse med kraven i l.ag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård
- Regionala / lokala vårdprogram
- Genomförda uppföljningar
- Överenskommelse mellan landstinget (regionen) och kommuner om hur man samarbetar kring personer med psykisk funktionsnedsättning
- Uppdrag psykisk hälsa, läns gemensam analys och handlingsplan 2018
- Läns gemensam överenskommelse om samverkan för kommuner och landsting i Dalarnas län kring personer med psykiska funktionsnedsättningar från 18 år
- Länsövergripande riktlinjer för samordnad individuell plan – SIP
- Länsövergripande överenskommelse om samverkan och samarbete i Dalarna (Barn och unga 0-17 år med psykisk ohälsa och/eller psykisk funktionsnedsättning)
- Presentation Funktionshinderrådet

Bilaga 2 Metod substansgranskning SIP:ar

Nedan beskrivs den metod som vi haft som grundambition men inte fullt ut kunnat följa.

Vi har med hjälp av en biståndshandläggare försökt få fram vilka individer som under 2018 haft beslut (och även nu har det) om minst en av följande insatser: Boendestöd eller Särskilt boende för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Vi har sedan bitt biståndshandläggaren för detta urval söka fram dem som har gällande SIP:ar och som har haft det minst sedan 1 jan 2018.

Vi har sedan haft ambitionen att själva eller bitt biståndshandläggaren att slumpmässigt välja ut 4 eller 8 SIP:ar för granskning. Därefter har SIP:arna numrerats och svarsformuläret har besvarats för var och en av de utvalda SIP:arna.