

Jönköpings läns landsting

Granskning av allmänpsykiatri för vuxna



1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och avgränsning	3
2.3. Revisionsfrågor	3
2.4. Revisionskriterier.....	4
2.5. Genomförande	4
3. Organisering och styrning av psykiatri	5
3.1. Samordning mellan sjukvårdsområdena.....	6
3.2. Styrning av pågående utvecklingsarbete	7
4. Avvägning mellan olika vårdformer	8
5. Tvångsvård	9
6. Användandet av vårdprogram.....	10
7. Samverkan.....	10
7.1. Samverkan sker inom Läns-LAKO-strukturen.....	10
7.2. Finns det en fungerande första linje?.....	10
7.3. Hur bedrivs samverkan med kommunal vård?.....	12
8. Balans mellan inflöde och utflöde.....	12
9. Registreringen i kvalitetsregister behöver förbättras.....	14
10. Avvikelsehantering	15
11. Kompetensförsörjning	15
12. Vård på lika villkor avseende kön	16
13. Barns behov av information, råd och stöd	16
14. Slutsatser och rekommendationer.....	17
14.1. Svar på revisionsfrågorna	17
14.2. Sammanfattande slutsatser och bedömning	19
Bilaga 1 Källförteckning.....	21

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna granskat allmänpsykiatrin för vuxna. Granskningens övergripande syfte är att bedöma om landstingsstyrelsens styrning av psykiatrin sker på ett ändamålsenligt sätt avseende resursutnyttjande och kvalitet.

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprovning är att landstingsstyrelsen behöver stärka sin styrning av psykiatrin.

Vad gäller kvaliteten i vården kan vi konstatera att det finns en avsaknad av vårdprogram och standardiserade vårdprocesser vilket påverkar likvärdigheten negativt. Det pågår mycket utvecklingsarbete men vi ser en problematik i att det arbetet till stor del bedrivs i länsövergripande processer samtidigt som beslutsmandaten finns i tre olika linjeorganisationer. Därmed har en matrisorganisation skapats som kan vara vanskelig att styra. Eftersom MPG har svårt att hantera frågor som innebär omfördelningar mellan sjukvårdsområdena och större förändringar i nuvarande organisationer ser vi behov av klarare direktiv och prioriteringar från landstingsstyrelsen. Om strukturförändringar ska genomföras, som exempelvis utbyggnad av mellanvård, behöver ett tydligt uppdrag formuleras och följas upp.

Vi bedömer vidare att det finns en utvecklingsmöjlighet när det gäller styrningen av inflöde och utflöde av patienter. Bortsett från patienter som har en livslång vårdrelation med psykiatrin finns det skäl att i samband med processarbetet överväga hur en standard kan utformas för när de pågående vårdprocesserna ska bli föremål för utvärdering och omprövning av huruvida vården ska fortsätta eller ej. Idag är det i allt för stor utsträckning den enskilde behandlaren som styr dessa avvägningar. En utvecklad styrning av genomströmningen kan få stora positiva effekter för både kvalitet och tillgänglighet.

Om utvecklingsarbetet ska få genomslag behöver det stödjas av ersättningssystemet. I nuläget är ett nytt ersättningssystem på väg att införas parallellt med att utvecklingsarbete pågår. Farhågor om att ersättningssystemet kommer att leda till personalneddragningar vid de mindre klinikerna har tagit kraft och fokus från utvecklingsarbetet. Enligt vår bedömning måste verksamhetsstyrningen och ekonomistyrningen vara integrerade, annars påverkas möjligheterna att genomföra de förändringar som processarbetet ska leda fram till och som syftar till jämlik vård i länet.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen rekommenderar vi landstingsstyrelsen att:

- ▶ lämna tydliga direktiv avseende psykiatrins organisation och inriktning,
- ▶ säkerställa efterlevanden av nationella riktlinjer, vårdprogram och författningar,
- ▶ vidta länsövergripande åtgärder för att trygga kompetensförsörjningen,
- ▶ säkerställa att målsättningarna avseende tillgänglighet vid nybesök inte ger upphov till undanträngningseffekter och/eller att vård ges på fel nivå,
- ▶ initiera en standard för styrning av genomströmning,
- ▶ förbättra egenkontrollen avseende hur de etablerade vårdprogrammen följs i praktiken.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Den psykiatriska vården utgör en betydande del av hälso- och sjukvården och har som uppdrag att tillsammans med andra aktörer möta och hantera ett omfattande hälsoproblem i dagens samhälle, den psykiska ohälsan. Ett antal reformer och styrning via hälso- och sjukvårdslagstiftning har ägt rum under de senaste 25 åren i syfte att stärka samhällets resurser för arbetet mot psykisk ohälsa. Samtidigt tenderar efterfrågan på vård och omsorg att öka. Regeringen har funnit att utvecklingen inte varit tillfredsställande och har under perioden 2012 – 2016 instiftat ett stimulanspaket med bland annat prestationsersättning i den s.k. PRIO-planen. PRIO-planen syftar till att stärka vården och omhändertagandet av vuxna med omfattande och komplicerad psykiatrisk problematik.

Landstinget i Jönköpings län har 2011 beslutat om ett utvecklingsarbete avseende allmänpsykiatri med 14 åtgärds punkter som även 2014 utgör ett uppdrag till landstingets psykiatri.

2.2. Syfte och avgränsning

Granskningens syfte är att ge revisorerna underlag för att bedöma om landstingsstyrelsens styrning av psykiatri sker på ett ändamålsenligt sätt avseende resursutnyttjande och kvalitet. Missbruksvården och den rättspsykiatriska vården ingår ej i granskningen.

2.3. Revisionsfrågor

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

1. Hur bedrivs utvecklingsarbetet utifrån den utvecklingsplan som är fastställd av fullmäktige?
2. Finns det en strategi för avvägning mellan slutenvård och öppenvård, exempelvis mellanvårdsformer?
3. Hur bedrivs arbetet med att minimera behovet av tvångsvård?
4. Vilken samordning sker mellan de tre sjukvårdsområdena?
5. Arbetar vuxenpsykiatri utifrån framtagna vårdprogram avseende de stora diagnosgrupperna?
6. Finns det en tydlig struktur med ansvarsgränser för den samverkan som är nödvändig vid vården av vissa psykiatriska sjukdomar?
 - a. Finns det en fungerande första linje?
 - b. Hur bedrivs samverkan med kommunal vård?
7. Sker en inrapportering från landstingets psykiatri till de nationella kvalitetsregistren inom psykiatri?
8. Finns det och används i så fall vård- och avvikelседata i styrnings- och utvecklingssyfte?
9. Är genomströmningen av patienter inom psykiatri på rimlig nivå? D.v.s. finns det en standardiserad vårdprocess med tidsatta behandlingsmål och avstämningpunkter där vården omprövas?

10. Har landstinget vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att verksamheten bedrivs med adekvat kompetens?
11. Har verksamheten gjort analyser av huruvida vården ges på lika villkor avseende kön?
12. Vilka rutiner finns för att barns behov av information, råd och stöd beaktas enligt HSL 2 g §?

2.4. Revisionskriterier

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

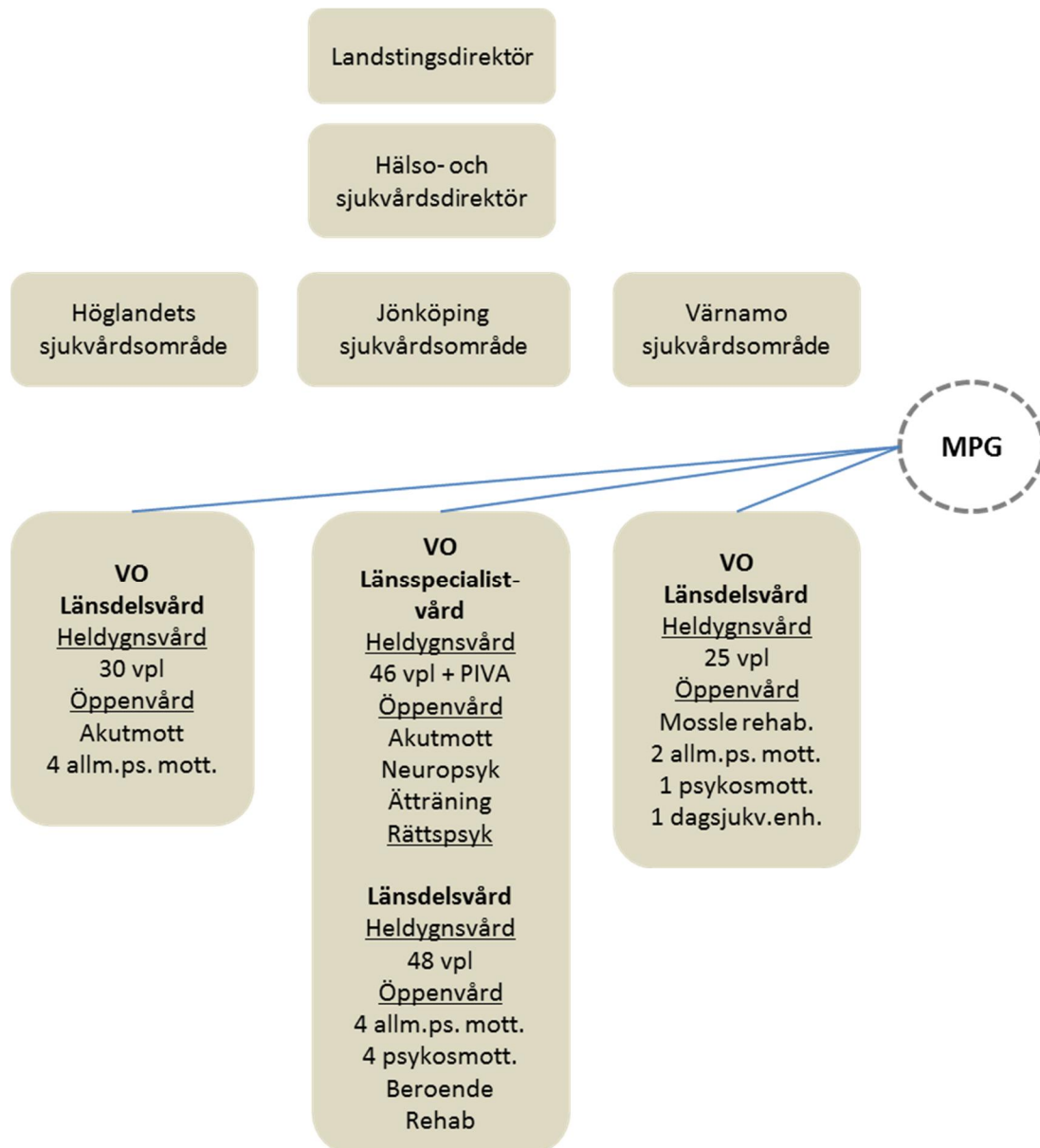
- ▶ Landstingets budget 2014
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen
- ▶ Lagen om psykiatrisk tvångsvård
- ▶ PRIO-planen (I denna uttrycks regeringens ambitioner i flera avseenden)

2.5. Genomförande

Granskningens genomförande är baserat på intervjuer och genomgång av för granskningen relevant dokumentation. De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten. Intervjuade funktioner framgår av bilaga 1.

3. Organisering och styrning av psykiatri

Vuxenpsykiatri är organiserad inom de tre sjukvårdsområdena med en verksamhetschef vid varje förvaltning. Nedanstående figur beskriver organisationen.



De länsövergripande frågorna hanteras i den medicinska programgruppen (MPG) i vilken de tre verksamhetscheferna ingår. F.d. sjukvårdsdirektören vid Höglandet är ordförande. Utöver det som framgår av figuren ovan finns vissa andra enheter som exempelvis remissmottagningsenheten vid akutmottagningen i Höglandet och en enhet med vårdadministratörer i Värnamo.

3.1. Samordning mellan sjukvårdsområdena

Samordningen mellan sjukvårdsområdena sker huvudsakligen genom MPG. Från den 1 januari 2013 fick MPG ett förändrat uppdrag av landstingsdirektören innebärande ett ökat fokus på processer. MPG:s uppdrag är att skapa förutsättningar för att på bästa sätt möta invånarnas behov av högkvalitativ och kostnadseffektiv vård, med god tillgänglighet och hög patientsäkerhet. Arbetet ska fokusera på samverkan och samordning mellan olika verksamheter och vårdnivåer i länet.

Ordföranden i MPG har inget beslutsmandat. Mandatet ligger hos verksamhetscheferna vilka måste vara överens om gemensamma åtgärder ska vidtas. Om gruppen inte kommer överens lyfts frågan till hälso- och sjukvårdsdirektören. Mycket löses i samförstånd, men verksamhetscheferna nämner följande exempel på områden som MPG inte har kommit överens om: åtgärder vid överbeläggningar, strategiska personalfrågor, läkemedelsutnyttjande och resursfördelning. En fråga som diskuterats mycket är samarbete kring jourtjänst i Jönköping/Ryhov. En översyn är gjord och det finns ett förslag som Ryhov förordar som innebär att läkare från de andra sjukhusen förlägger en del av sin arbetstid i Jönköping. MPG har inte kommit överens i den frågan, och därför kommer en extern utredare från ett annat landsting att anlitas.

Ett nytt ersättningssystem ska införas från den 1 januari 2015. Under 2014 har en skuggbudget utifrån det nya systemet upprättats och följts för att se vilka effekterna blir. Det nya systemet innebär bl.a. att en peng följer patienten och att klinikerna ersätts per besök. MPG har under 2014 ägnat mycket tid åt att diskutera ersättningssystemet.

Vid intervjuerna påtalas vissa problem med att de psykiatriska klinikerna ligger under varsin förvaltning. Det innebär exempelvis att även om fullmäktige beslutar om ekonomiska tillskott till psykiatrin, så kan förvaltningschefen besluta om sparbetning som innebär att det inte blir något tillskott till den psykiatriska verksamheten. Under en rad år har de psykiatriska klinikerna uppvisat överskott, vilket bl.a. beror på problem med att besätta tjänster, medan den somatiska vården har gått med underskott. Risk finns enligt verksamhetscheferna för att psykiatrin betalar den somatiska vårdens underskott. Enligt intervjuade har landstingsstyrelsen inte följt upp om satsningarna på psykiatrin givit resultat. En annan synpunkt som framförs är att det är svårt att besluta om resurstillskott eller omfördelning på grund av sjukvårdsområdets olika förutsättningar. I Värnamo ser dock de intervjuade stora fördelar med att utgöra en egen klinik då det innebär en närhet till beslutande chef och möjligheter till lokala anpassningar.

Akutvård efter klockan 16 på vardagar samt helger finns bara i Jönköping. Det innebär att patienter från Höglandet och Värnamo som söker akut kan komma att skrivas in i Jönköping och ibland blir kvar där. Av heldygnspatienterna i Jönköping uppges 6,2 procent komma från Värnamo och 2,6 procent från Höglandet, vilket totalt innebär cirka fem platser per dygn. Eftersom slutenvården i Jönköping har stora problem med överbeläggningar blir detta ett irritationsmoment mellan klinikerna. På Ryhov finns länssjukvård avseende vissa tillstånd. Det ses som positivt av intervjuade eftersom det är svårt för mindre kliniker att täcka in alla specialiteter. Dock behöver även patienternas perspektiv beaktas. Tidigare fanns det ättråning endast i Jönköping men nu finns det i alla länsdelar då de patienterna hade svårt att åka till Jönköping.

3.2. Styrning av pågående utvecklingsarbete

Utvecklingsplanen "Ett föredöme inom svensk psykiatri – utvecklingsplan för vuxenpsykiatri i Landstinget i Jönköping län" med 14 åtgärdsförslag som togs fram 2011 ligger till grund för mycket av det utvecklingsarbete som bedrivs. Dokumentet fyller dock inte längre någon styrande funktion, utan har vidareutvecklats i en ledningsplan för vuxenpsykiatri som presenterades i april 2013. I landstingets budget för 2014 listas de områden som är fortsatt angelägna att utveckla. MPG antar en årlig ledningsplan som innehåller mål utifrån dels budgeten, dels ledningsplanen för vuxenpsykiatri.

Utvecklingsarbete sker vid varje klinik och i länsövergripande processer. Hittills har fyra processer påbörjats: psykossjukdomar, neuropsykiatri, nybesök/diagnostik och självskaðebeteende. Nästa år ska processer kring förstämningssyndrom och psykisk sjukdom med missbruk kartläggas och förbättras. Varje process leds av en processledare, som har utsetts av MPG efter ett ansökningsförfarande och som har fått 20 procent av sin tjänst avsatt till arbetet. Processarbetet inleds med att en handlingsplan tas fram som MPG godkänner och därefter följer. Processledarna ingår i MPG och avrapporterar arbetet i den gruppen. Målet med processerna är att skapa en jämlik vård i länet. I nuläget är skillnaderna mellan sjukvårdsområdena för stora. Tanken är att klinikerna ska använda samma bedömningsformulär och ha likartade vårdprocesser avseende tid och innehåll. Hur arbetet organiseras kommer fortfarande att vara upp till varje klinik utifrån lokala förutsättningar.

Vid intervjuerna framkommer att processarbetet ses som positivt eftersom klinikerna lär av varandra men att det är ett resurskrävande arbetssätt. Varje processledare samlar regelbundet personal från olika kliniker men det är bara processledarna som har tid avsatt för arbetet. Övriga processdeltagares arbetsuppgifter får utföras av den personal som är kvar på mottagningen eller avdelningen under mötestiden, vilket innebär påfrestningar. Intervjuade lyfter också fram att det finns en utmaning i att processarbetet drivs på tvären samtidigt som beslutsmandaten finns i linjeorganisationen. Om en process föreslår förändringar som innebär resursomfördelningar måste detta förankras i MPG och därefter beslutas av respektive verksamhetschef. Intervjuade ser en risk för att processarbetet leder till förväntningar som inte kommer att kunna infrias. Exempelvis kan det bli så att processarbetet utmynnar i förslag om att införa standardiserade metoder som kräver resurser i form av utbildningsinsatser och metodstöd. Det blir då upp till varje verksamhetschef att besluta om huruvida detta kan prioriteras.

Under 2014 har det nya resursfördelningssystemet som tidigare nämnts skuggats. Eftersom effekterna befaras bli stora bl.a. för kliniken i Värnamo har den frågan enligt verksamhetschefen tagit fokus från utvecklingsarbetet. Ett annat problem i Värnamo som tar mycket kraft är att lokalerna har dömts ut som undermåliga ur ventilationssynpunkt.

3.2.1. Åtterrapporering

Landstingsstyrelsen får åtterrapporering i samband med tertialrapporter och årsbokslut. De psykiatriska klinikerna har sedan 2012 årligen tagit fram en gemensam kvalitetsrapport, men den har inte delgivits landstingsstyrelsen.

4. Avvägning mellan olika vårdformer

Det finns en ambition att styra över mer vård till öppenvården vilket är föremål för diskussioner i den medicinska programgruppen, men det finns ännu ingen samlad strategi. Det finns en önskan hos vissa av de intervjuade att bygga ut mobila team i hela länet men i det sammanhanget ses avstånden i vissa delar av länet som problematiska.

Intervjuade i Ryhov påtalar att slutenvården av tradition är stark i Jönköping. I nuläget är det hög beläggning, ofta överbeläggning, inom slutenvården. De intervjuade ser ett stort behov av att bygga ut mellanvården och öppenvården men menar att det är svårt att genomföra om inga extra resurser tillförs. Att AT-läkare har jour leder enligt intervjuade till fler inläggningar, då de har en ökad benägenhet att skriva in patienter än vad psykiatriker har.

Ett stort problem är bristande tillgänglighet till allmänpsykiatrisk öppenvård. Remissflödet ökar kraftigt och bemanningen räcker enligt intervjuade inte till, vilket leder till långa väntetider till återbesök (i bästa fall 14 dagar). Det innebär att det är svårt att skriva ut patienter från heldygnsvård till öppenvård. Den mellanvård som tidigare fanns i Jönköping har övergått till att bli kommunal vård¹. Däremot har det inrättats ett mobilt team (psykiatriska vårdjouren) vilket lyfts fram som en form av mellanvård. Patienter kan vistas hemma och få hembesök varje dag under en begränsad tid under eftermiddagar och kvällar i syfte att undvika heldygnsvård.

En del öppenvårdsmottagningar i Jönköping har under 2014 fått flytta upprepade gånger p.g.a. undermåliga lokaler. Planen är att nu samlokalisera all öppenvård i Jönköping till ett Psykiatrins hus vilket förväntas leda till ett effektivare resursutnyttjande. I nuläget är specialister på olika tillstånd utspridda på olika psykiatriska mottagningar, vilket inte främjar en likvärdig vård. När alla samlas i samma hus kan patienterna lättare styras till behandlare med rätt specialkompetens. Tanken är att vårdplaner ska skrivas i öppenvården och att all behandling ska ges i öppenvården.

I Värnamo finns det en typ av mellanvård (Mossle rehabenhet) bestående av dagsjukvårdsverksamhet och ett behandlingshem med femdygnsvård. Den senare har sex vårdplatser och målgruppen är unga personer med psykossjukdom eller svårare neuropsykiatrisk sjukdom. Patienterna kommer med remiss från slutenvården. Genomsnittsvårdtiden är 95 dagar. Alla får ett eget rum och erbjuds bl.a. arbetsträning och funktionsbedömningar. Vid dagsjukvården erbjuds behandling i form av bl.a. stödsamtal, gruppbehandling, taktill massage och NADA öronakupunktur. Strukturerad patientutbildning utgör en viktig del av vårdutbudet. Behandlingen kan avse hantering av ätstörning, ångest, stress, sömnproblem samt friskvård. Alla patienter har en behandlingsansvarig i öppenvården och ska ha en vårdplan innan de remitteras till Mossle. Verksamheten vid Mossle beskrivs som ett bra mellanled då patienterna utan denna verksamhet hade riskerat att bli svängdörrspatienter till heldygnsvården. Uppföljningar har visat på få återinläggningar. Patienterna klarar sig bra när de skrivs ut från Mossle och får boende, sysselsättning och fortsatt stöd av öppenvården. Vid en nedläggning av enheten skulle fler patienter sannolikt behöva placeras externt.

¹ Detta avser en rehabiliteringsenhet för psykoser och psykosliktande tillstånd som i samband med psykiatrireformen flyttades till kommunens lokaler och under en period samfinansierades. I samband med hemsjukvårdsreformen övergick verksamheten helt till kommunen.

I Värnamo erbjuder psykosvården hembesök vilket fungerar väl. Önskemål uttrycks vid intervjuer om att bygga upp ett mobilt team som även omfattar andra patientgrupper. Det ses som ett sätt att förhindra återinläggningar. I nuläget bedöms det saknas resurser för att inrätta ett mobilt team.

På Höglandet finns det ett tämligen inarbetat arbetssätt som handlar om att undvika inläggning även om det kan vara svårt att neka en patient som säger sig vara självmordsbenägen. I andra änden av processen försöker personalen förbereda patienter genom att skapa så mycket trygghet som möjligt för att underlätta en utskrivning. Samarbetet med kommunen beskrivs som centralt och att det oftast fungerar bra. Mellanvårdsformer är inte under utveckling.

5. Tvångsvård

Flera vårdenheter i länet har deltagit i "Bättre vård mindre tvång", som är ett förbättringsarbete inom den psykiatriska slutenvården där medel erhållits från SKL. Det bedrivs ett patientnära arbete med att minska tvångsåtgärder på de vårdenheter där tvångsvård bedrivs.

Enligt uppgifter från landstingets kansli tvångsvårdades 516 individer inom psykiatrisk vård under 2013. Av dem var 149 individer föremål för någon form av tvångsåtgärd. De vanligaste tvångsåtgärderna är "fastspänning upp till fyra timmar", och "läkemedelstillförsel under fasthållning eller fastspänning". Vanliga diagnoser är schizoaffektivt syndrom, ospecificerad organisk psykos och svår depression. En liten grupp patienter har både mycket tvångsvård i form av korta vårdtillfällen och många tvångsåtgärder. Kansliet arbetar med att bygga upp månadsrapporter i verksamhetssystemet Diver, i vilka enheterna månadsvis kommer att kunna följa tvångsvård och tvångsåtgärder. Det pågår ett länsövergripande arbete med att identifiera och analysera gruppen högkonsumenter/vårdtunga inom psykiatrin, och till detta arbete fogas under 2015 grupperna tvångsvårdade och föremål för tvångsåtgärder.

Värnamo har statistiskt sett en låg andel tvångsvård (cirka 7-8 procent av vårddygnet jämfört med riksgenomsnittet 25 procent). Det kan enligt intervjuade bero på att det är en liten enhet med god personalkontinuitet och tillgänglighet, vilket innebär trygghet för patienterna. Vidare finns det en tradition vid kliniken att använda tvångsåtgärder i liten utsträckning. Vid Ryhov uppger personalen att synsättet har ändrats och att tvångsvård och tvångsåtgärder har minskat. Det har genomförts internutbildningar och återkommande obligatoriska utbildningsmöten vilket har varit bra. Personal vid Höglandet uppger vid intervjun att de hela tiden försöker ompröva tvångsintaget och använder "lugna rummet" som en åtgärd för att skapa trygghet hos patienten.

Det pågår även arbete i de olika länsövergripande processerna som ska leda till mindre tvångsåtgärder. När det gäller psykossjuka läggs stor vikt vid att patienter och närstående ska lära sig att känna igen tidiga tecken på insjuknande, så att personen kan få vård i ett tidigt skede och därmed undvika slutenvård och tvångsvård. Även i processen för självskaðebeteende kommer det att finnas med inslag som ska minska inläggningar och tvångsvård.

6. Användandet av vårdprogram

I arbetet med de länsövergripande processerna utgår verksamheterna från nationella riktlinjer och vårdprogram. Ett syfte med den tidigare nämnda processutvecklingen är att den ska leda fram till en ökad användning av standardiserade bedömningsinstrument och evidensbaserade metoder som ska vara gemensamma i länet. Än så länge har arbetet bara påbörjats.

Det som finns i nuläget är s.k. "FAKTA-dokument" (allmänt kliniskt kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdspersonal inom Landstinget i Jönköpings län) för vuxenpsykiatri. Faktadokument arbetas fram i samverkan mellan psykiatri och primärvård och ska fungera som ett länsgemensamt beslutsstöd i det grundläggande medicinska arbetet. Faktadokument finns inom områdena suicidprevention, ätstörningar, depression, neuropsykiatri samt oro och ångest.

Enligt de intervjuade behövs det mer struktur, bland annat i form av vårdprogram, eftersom det finns en bristande följsamhet till riktlinjer och författningar och för mycket inslag av fritt valt arbete. I sammanhanget nämns hyrläkare som uppfattas som svåra att styra och kontrollera. De vårdprogram som används behöver även anpassas till de lokala förhållandena i olika kommuner och sjukvårdsområden.

7. Samverkan

7.1. Samverkan sker inom Läns-LAKO-strukturen

För ledning och styrning för samverkan finns en struktur, både på politisk nivå och på tjänstemannanivå. Läns-LAKO är ett gemensamt politiskt organ som fattar beslut om gemensamma uppdrag och satsningar som rör hela länet. Till Läns-LAKO finns ett beredningsorgan i form av en ledningsgrupp (KOLA-gruppen) som består av socialchefer, skolchefer, landstingsdirektören, hälso- och sjukvårdsdirektören samt utvecklingsdirektören i Landstinget. Under 2013 utvecklades ett gemensamt ledningssystem ("Ledning och styrning i samverkan"), som tar sin utgångspunkt i en sammanhållen vård och omsorg. Det har bildats tre strategigrupper kring olika målgrupper, varav en heter strategigrupp psykiatri och missbruk. Strategigruppen består av en chef från kommun respektive landsting från varje länsdel. Gruppen ansvarar för att verka för bästa möjliga samverkan. Årligen ska en gemensam handlingsplan arbetas fram och följas upp. Strategigruppen ska också bedriva omvärldsbevakning och hantera avvikelser. Läns-LAKOs roll kommer 2015 att övertas av Kommunalt Forum.

7.2. Finns det en fungerande första linje?

Med första linje avses de resurser som patienten kan möta initialt och ska kunna möta psykiska besvär som inte kräver specialistvård. Det finns huvudriktlinjer för samverkan mellan primärvård och psykiatri i vilka respektive verksamhets ansvar beskrivs. Vidare finns det en ansvarsfördelning vid olika diagnoser.

Det finns också riktlinjer för fördelning av akuta patienter mellan primärvård och psykiatri.

Primärvårdens ansvar	Psykiatrins ansvar
<p>Är första linjens hälso- och sjukvård</p> <p>Behandling av lätta och måttliga psykiska besvär. Ansvaret avser samtliga behandlingsinsatser (läkare, psykolog, kurator m.fl.) för denna patientgrupp</p> <p>Insatser vid kris och andra mer tidsbegränsade psykosociala insatser</p>	<p>Svårare psykiska störningar och funktionshinder (psykos, suicidrisk, djupare/allvarlig depression, ångesttillstånd, personlighetsstörning etc.) Ansvaret avser samtliga behandlingsinsatser (läkare, psykolog, kurator m.fl.) för denna patientgrupp</p> <p>Vid behov av psykiatrisk slutenvård</p> <p>Vid behov av psykiatrisk tvångsvård</p> <p>Då primärvårdens insatser visat sig otillräckliga eller då behov föreligger av hjälp med diagnostik och bedömning (second opinion) för att komma vidare.</p> <p>Då psykiatrin har behandlingsresurser som inte rimligen kan finnas inom primärvården (t.ex. olika psykoterapeutiska kompetenser).</p>
<p>Akuta tillstånd som primärt ska bedömas av primärvården</p> <ul style="list-style-type: none"> • lätta och medelsvåra depressioner • sömnsvårigheter • ångest och paniktillstånd • måttlig alkohol/drogpåverkan • suicidprevention • vårdintygsbedömning 	<p>Akuta tillstånd som primärt ska bedömas av psykiater:</p> <ul style="list-style-type: none"> • akuta och akut försämrade kroniska psykosjukdomar • svåra hämningsdepressioner-melankolier/psykotiska depressioner • suicidprevention • alla diagnosgrupper med pågående tvångsvård enligt LPT eller LRV samt bedömning av befintliga vårdintyg där intagningsbeslut ej är fattat

Gränsdragningsdokumenten är enligt de intervjuade tydliga, men fungerar inte alltid i praktiken. Det finns många vårdcentraler i länet och de arbetar på olika sätt. De intervjuade anser att det är särskilt svårt att samverka med privata vårdcentraler, då de inte kommer till samverkansmöten.

Alla vårdcentraler ska ha psykosociala team men bemanning och kompetens skiljer sig åt mellan olika vårdcentraler. Landstinget har tillfört pengar till vårdcentralerna för att bygga upp psykosociala team. Dock har nya patientgrupper tillkommit med lättare psykisk ohälsa som inte tillhör specialistpsykiatrin. Därav kan besöken till psykosociala behandlare i primärvården öka utan att det påverkar specialistvården. Enligt faktadokumentet *Vuxna med neuropsykiatri* ska patienter utan pågående kontakt inom psykiatri hänvisas till primärvården för en grundläggande undersökning och bedömning. Enligt intervjuade görs inte det i tillräcklig omfattning, vilket medför att remisser skickas tillbaka.

7.3. Hur bedrivs samverkan med kommunal vård?

Inom ramen för PRIO-arbetet drivs flera samverkansprojekt tillsammans med kommunerna, som exempelvis utbildning, samordning och utveckling av rutiner rörande SIP (samordnad individuell plan), utveckling av Case Management, återhämtningsinriktat arbetssätt, rehabilitering för arbete eller studier, somatisk hälsa hos personer med psykisk funktionsnedsättning och suicidprevention.

I det dagliga samarbetet upplever psykiatrin att kommunerna har skilda förutsättningar att stödja personer med psykiska funktionsnedsättningar vilket påverkar samarbetet. Högländet har avtal med sex kommuner som har olika förutsättningar, vilket kräver mycket arbete enligt verksamhetschefen. SIP:ar fungerar bra med vissa kommuner men sämre med andra. De intervjuade medarbetarna uppger emellertid att samverkan i allmänhet med kommunerna fungerar mycket bra på de allra flesta ställen.

Kliniken i Ryhov har sedan flera år tillbaka en väl utvecklad samverkan med de tre kommuner som kliniken arbetar gentemot. Ett gemensamt måldokument har utarbetats och det finns en samsynsgrupp i vilken chefer regelbundet träffas. Förutom kommuner och landsting ingår även arbetsförmedling och försäkringskassa i samarbetet. Enligt personalen fungerar samarbetet med kommunerna bra. Jönköpings kommun har byggt ut sina LSS- och gruppboenden vilket underlättar vid utskrivning.

Kliniken i Värnamo startade i februari 2014 upp en ny konkret samverkan med kommunerna i form av case managers som arbetar med personer som har svåra psykiska sjukdomar och missbruk. Kliniken har anställt två case managers och de fyra kommunerna har tillsammans anställt tre. Det finns på lokal nivå en strategigrupp för psykiatri och missbruk i vilken de fyra kommunerna och kliniken ingår, vilket ger en god struktur för samverkan. Kliniken och kommunerna har tidigare haft ett samarbete med auskultation på varandras arbetsplatser vilket har medfört personkännedom och förståelse för varandras vardag. Arbetet med SIP är under utveckling. Mindre kommuner saknar i stor utsträckning boenden vilket medför att vårdtiderna blir längre.

I de fall där en person är utskrivningsklar från psykiatrisk slutenvård och en vårdplan är framtagen har kommunen 30 dagar på sig att genomföra de åtgärder som behövs. Tar det längre tid, blir kommunen betalningsskyldig för patientens vårdplats. Högländet och Ryhov vittnar om att utskrivningsklara patienter ofta ligger kvar i 30 arbetsdagar. En del intervjuade uttrycker att de har förståelse för att kommuner behöver tid för att hitta ett lämpligt boende för patienter som skrivs ut, men andra menar att lagstiftningen borde ändras då många redan har boende och ändå blir kvar tiden ut vilket inte är bra för individen. Dessutom finns det andra som hade behövt de platserna.

Samarbetet med kommunerna beskrivs genomgående som bättre fungerande än samarbetet med primärvården.

8. Balans mellan inflöde och utflöde

Det finns i nuläget inte några standardiserade vårdprocesser med tidsatta behandlingsmål och avstämningpunkter där vården omprövas kollegialt. Det länsövergripande arbetet med processer lyfts av intervjuade fram som ett steg i rätt riktning, men det arbetet har ännu inte kommit så långt att några effekter kan ses.

I Värnamo betonas att alla patienter ska ha en vårdplan med uppföljningsbara mål. Varje månad görs ett slumpmässigt urval av 20 patienter för att kontrollera att det finns en aktuell vårdplan. Under 2014 har andelen patienter på kliniken i Värnamo som har en vårdplan ökat från 25-30 procent till över 60 procent. Målet är att alla patienter senast efter tredje samtalet ska ha en vårdplan. Genomströmningen beskrivs i intervjuer som ett problem då många har långa behandlingstider. Ett arbete med att avsluta inaktuella patienter har inletts. Vissa patientgrupper ska inte avslutas utan ska ha kontakt med psykiatrin livet ut. Andra kan avslutas men då måste primärvård och kommun ta över patienten på ett bra sätt, och det är inte alltid det fungerar. Enligt intervjuade används KVÅ-kodning i otillräcklig omfattning, vilket negativt påverkar möjligheterna att hämta information från verksamhetssystemen.

I Jönköping/Ryhov har varje enhet beskrivit sina processer, men de är ännu inte tidssatta. Kliniken har en genomgång av patienter en gång om året för att se vilka som är aktuella och vilka som kan avslutas. Det finns en problematik i att primärvården inte alltid vill ta emot och att personalen inom psykiatrin inte alltid vill släppa taget. Det är uttalat att behandlaren under de tre första besöken i samråd med patienten ska göra en plan för hur länge kontakten ska vara. Arbetet behöver enligt de intervjuade utvecklas då inflödet av patienter är mycket större än utflödet.

Den lagstadgade vårdgarantin för vuxenpsykiatrin fastställer att patienten vid nybesök ska erbjudas tid inom 90 dagar. Landstingsfullmäktige har, senast i budgeten för 2014, beslutat att målsättningen är att 80 procent ska få tid till det första besöket inom 60 dagar. Av delårsrapporten per 30 augusti 2014 framgår att 78 procent fick en tid inom 60 dagar till specialiserad somatisk och psykiatrisk vård. Samtliga kliniker uppger vid intervjuer att de klarar tillgänglighetsmålet men vid intervjuer med personal vid Ryhov betonas att det finns stora problem med långa väntetider till återbesök inom allmänpsykiatrin. Väntetiderna kan uppgå till åtta veckor. Väntetiden till ett återbesök hos psykolog kan uppgå till 12 månader och väntetiden till en neuropsykiatrisk utredning är ett till två år. Psykosvården har inte samma ansträngda situation, utan kan erbjuda tid inom en vecka till sjuksköterska i öppenvården.

Det påtalas vidare att patienterna ibland vid sitt första besök träffar fel personalkategori, eftersom det blir den som har tid vilken inte alltid är den bäst lämpade. Intervjuade personer hoppas att det pågående arbetet med en speciell remiss- och bedömningsenhet kommer att förbättra situationen. Idén är hämtad från Högländet och innebär att viss personal arbetar uteslutande med att ta emot remisser och göra bedömningar med standardiserade bedömningsinstrument. Det förväntas leda till mer likvärdiga bedömningar och att patienter sorteras rätt från början.

Ett annat problem som nämns vid intervjuer i Ryhov är att det tillkommit nya resurskrävande vårdgrupper, som äldre med psykiatrisk problematik, unga vuxna med självskadebeteende och neuropsykiatri samt drogutlösta psykoser där det ofta är oklart vilken drog personer har tagit. Suicid bland unga har enligt intervjuade förekommit vilket väcker oro. Vidare ser personal vid allmänpsykiatrin problem i att primärvården och psykosvården kan avgränsa sina uppdrag, vilket inte allmänpsykiatrin kan göra.

Cheferna på Högländet uttrycker att genomströmningen är god och att de flesta patienter avslutas i tid, men medarbetargruppen vittnar om det motsatta. Det finns ingen explicit rutin för hur och när en avstämning av pågående behandling ska ske. Det är den enskilde behandlaren som avgör när och om kollegial avstämning ska ske. Medarbetarna anser att patienter ibland får vård fastän de inte behöver det, vilket visar sig när behandlare går i pension. Mottagningen i Vetlanda har etablerat en automatik i att få upp frågan om avslut i.o.m. att de i stor utsträckning använder gruppterapi. De började med detta arbetssätt

eftersom mottagningen hade stora tillgänglighetsproblem tidigare. Fördelen är att frågan om avslut kommer upp naturligt efter ett antal terapitillfällen d.v.s. det finns en standard för hur många besök som ska genomföras i ett första läge.

9. Registreringen i kvalitetsregister behöver förbättras

Att psykiatrin ska registrera i kvalitetsregister fastställs i landstingets budget 2014 och finns med som ett mål i MPG Psykiatris ledningsplan för 2014. Psykiatrin är anmäld till och registrerar i åtta kvalitetsregister:

- Läkemedelsassisterad Rehabilitering av Opiatberoende (LAROS)
- Kvalitetsregister ECT
- Kvalitetsregistret för psykosvård (PsykosR)
- Nationellt kvalitetsregister för ätstörning (RIKSÄT)
- Rättspsykiatriskt kvalitetsregister (RättspsyK)
- Svenskt Beroenderegister (SBR)
- Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom (Bipolär)
- Nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av svår AD/HD (BUSA)

Registreringsgraden har varit tillräcklig för att få del av statliga stimulansmedel 2013 och 2014 (d.v.s. överstigande 60 procent). Fram till den 31 oktober 2014 hade totalt 1189 registreringar gjorts, vilket innebär en registreringsgrad på 70 procent. Höglandet står för ungefär hälften av registreringarna. Klinikerna i Jönköping och Värnamo har vardera registrerat cirka 300 patienter (25 procent).

Arbete fortgår vid de tre klinikerna för att öka registreringsgraden. Det finns bland personalen en stor frustration över ett nationellt beslutat plattformbyte som skedde i januari 2014 och som har inneburit att alla tidigare inregistrerade patienter har fått nyregistreras. Intervjuad personal har uppfattat det som att tidigare inregistrerad data har gått förlorad. Dock uppger personal vid landstingskansliet att allt som har registrerats är sparat och kommer att ingå i de rapporter på gruppnivå som landstinget kommer få ta del av. Däremot kan inte informationen tas fram på individnivå, vilket beror på att tidigare registreringar inte uppfyller sekretesslagstiftningens krav.

En del intervjuade tar upp att de statliga stimulansmedlen går till landstinget centralt vilket innebär att klinikerna inte direkt får ta del av dem. Än så länge ses registreringen mycket som ett extra arbetsmoment som det inte riktigt finns tid för. Den ökade administrationen leder till att patienttiden minskar. Längre fram kommer klinikerna att få ökad tillgång till utdata som kan användas i ett förbättringsarbete, vilket tros öka motivationen att registrera.

Utdata från kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom har visat att många av patienterna har högt BMI. Det har lett fram till ett förbättringsarbete som handlar om att förbättra psykiskt sjukas somatiska hälsa. Redan vid inskrivning uppmärksammas levnadsvanor och det finns ett framtaget pilotarbete som innefattar motiverande samtal och patientutbildning.

10. Avvikelsehantering

Det finns ett system för avvikelserapportering (Synergi) som används vid samtliga kliniker. I den årliga kvalitetsrapporten redovisas antalet klagomåls- och anmälningsärenden som inkommit via Patientens direktkanal, Lex Maria, Synergi och patientnämnden. I verksamhetsberättelserna redovisas antalet avvikelser samt fördelningen mellan olika ärendetyper. Dock framkommer vid intervjuer att varje klinik arbetar för sig med avvikelsehantering, men att det vore bättre att även hantera det gemensamt för att dra nytta av varandras lärdomar. Landstingets kansli har initierat ett arbete med att identifiera högkonsumenter av psykiatrisk vård och granska journaler för att leta systemfel.

Vid samtliga tre kliniker är det enligt de intervjuade väl känt att avvikelser ska rapporteras, men det finns en underrapportering. Systemet uppfattas om krångligt av både chefer och medarbetare. Enligt cheferna finns det bland personal en inställning att avvikelserapportering är en form av angiveri, och ledningen arbetar därför med att förändra synen på avvikelser. Inrapporterade avvikelser tas alltid upp vid arbetsplatsträffar, men medarbetarna anser att avvikelserna används för lite i utvecklingssyfte, då ledningen för sällan agerar utifrån avvikelserna. Personalen upplever att det finns systemfel som inte rättas till trots avvikelserapportering, vilket minskar motivationen till att fortsätta rapportera samma saker. Avvikelser i form av hot och våld rapporteras in i hög utsträckning. Medarbetarna får varje år utbildning om hur man kan hantera situationer där hot och våld förekommer.

11. Kompetensförsörjning

Intervjuade från samtliga sjukvårdsområden ser stora svårigheter i kompetensförsörjningen och påtalar att det saknas ett länsövergripande grepp om frågan.

På alla tre sjukvårdsområden är det brist på sjuksköterskor med specialistkompetens. Det råder även brist på färdigutbildade psykologer. Höglandet har med positivt resultat prövat en form där praktiserande psykologer anställs på tre år. Utfallet har varit bra på så vis att flera har stannat kvar när de har blivit färdiga med sin utbildning, men egentligen hade klinikerna behövt anställa färdigutbildade psykologer.

Inom öppenvården i Ryhov är läkarbemanningen ett problem. Användningen av hyrläkare medför brister i kontinuiteten för patienterna samt att sjuksköterskorna får förhålla sig till olika läkare som inte alltid arbetar likadant. På Ryhov finns det en problematik i att sjukvårdsområdet har ett årsarbetstak, som innebär att psykiatriska kliniken inte kan öka bemanningen även om det finns resurser. På Höglandet är ingen mottagning beroende av hyrläkare. Verksamheten har gått från en stor bristsituation för 8-10 år sedan till att idag ha full läkarbemanning. Två läkartjänster behöver avvecklas på grund av besparingar. I Värnamo har läkare rekryterats från andra länder, vilket har varit lyckosamt och innebär att kliniken inte är beroende av hyrläkare. Kliniken i Värnamo har satsat mycket på vidareutbildning, exempelvis har alla behandlare steg 1-utbildning och därtill har ett tiotal steg 2-utbildning (d.v.s. är legitimerade psykoterapeuter).

När det gäller skötare och sjuksköterskor blir det framöver många pensionsavgångar. Det är få skötare som vill utbilda sig vidare inom psykiatri. Det finns behov av att fler utbildar sig i olika metoder som KBT och DBT.

12. Vård på lika villkor avseende kön

Det har varken centralt på kansliet eller på något av de tre sjukvårdsområdena gjorts några analyser av huruvida vården ges på lika villkor avseende kön. Statistiken är till viss del könsuppdelad. I kvalitetsrapporten 2013 finns en redovisning av antal patienter och könsfördelning per sjukvårdsområde, som visar att drygt hälften av vuxenpsykiatriens patienter är kvinnor. I kvalitetsrapporten återges även resultat från Öppna jämförelser 2013 som till vissa delar är könsuppdelad. Dock dras det inga slutsatser av den könsuppdelade statistiken.

Vid intervjuerna beskrivs det som ett utvecklingsområde att säkra att vården ges på lika villkor avseende kön. Det har diskuterats att det troligen finns ett mörkertal av män med självskaðebeteende, då personalen glömmar bort att ställa frågan. Det kan avhjälpas genom att öka användandet av standardiserade bedömningsinstrument, eftersom samma frågebatteri då ställs till alla patienter oaktat personalens förutfattade meningar om vad som är problemet.

Mottagningen i Tranås gjorde för tre år sedan en forskningsbaserad studie som visade att behandlarna i samtliga fall ställde frågor till kvinnliga patienter om deras barn och barnens förhållande men inte alls i samma utsträckning till manliga patienter.

13. Barns behov av information, råd och stöd

Utifrån lagkraven på att beakta barns behov av information, råd och stöd (HSL 2 g §), FN:s konvention om barns rättigheter och landstingets policy "Barn som anhöriga" har ett familjeformulär tagits fram. Familjeformuläret är ett verktyg för att identifiera barns behov och initiera lämpliga insatser för barn som anhöriga. I dokumentet "*Rutinbeskrivning för familjeformulär för sjukvården inom landstinget i Jönköpings län*" fastställs följande:

- Verksamhetschefen ansvarar för att rutin finns framtagen för vem eller vilka som ansvarar för att familjeformuläret blir ifyllt och registrerat i Cosmic.
- Rutinen gäller både öppen- och slutenvård.
- Utifrån klinikens rutin ska barn som anhöriga uppmärksammas och deras föräldrar få det stöd som krävs. Familjeformuläret ska vara en del i patientens vårdplan.
- Uppföljning ska ske kontinuerligt då behovet kan förändras över tid. Framkommer behov av åtgärder utifrån familjeformuläret ska detta åtgärdas.
- För att möjliggöra kvalitetsmätning ska KVÅ-kod registreras.

Från och med 2014-01-01 trädde tre nya KVÅ-koder i kraft:

1. *DU055 - Samtal med vuxen patient om minderårigs behov och möjlighet till stöd. Avser situationer enligt 2 g § hälso- och sjukvårdslagen då minderårigt barns förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor hos har en psykisk/fysisk sjukdom/ funktionsnedsättning, substansmissbruk eller oväntat avlider.*

2. *DU056 - Samtal med vuxen patient och berörd minderårig om barnets situation och behov. Information, råd och stöd genom samtal med barn och förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor hos enligt 2 g § hälso- och sjukvårdslagen*

3. *DU057 - Samtal med minderårig vars förälder är patient om den minderårigas situation och behov. Åtgärden innebär information, råd och stöd genom samtal med barn (utan*

närvaro av förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor hos) enligt 2 g § hälso- och sjukvårdslagen.

I rutinen påtalas också att personal i sjukvården enligt lag är skyldig att anmäla till socialtjänsten när misstanke finns att ett barn far illa. I landstinget i Jönköpings län gäller dessutom policydokumentet "Barn som anhöriga" och "För barns och ungas bästa, handlingsplan för Barnkonventionen i Landstinget i Jönköpings län 2011". I dessa framgår att barnombud ska finnas på varje vårdenhet inom primär- och specialistvård.

Av intervjuerna framkommer att rutinerna är väl kända och inarbetade på alla tre sjukvårdsområden. Det finns en arbetsgrupp för BIP (Barn i psykiatri) och barnombud på alla mottagningar och avdelningar som har till uppgift att hålla barnperspektivet levande. Det finns även en samordnare för barnombuden som arbetar 25 procent av sin tjänst med frågorna. Av BIP-gruppens och samordnarens årsrapporter 2013 framkommer att utbildningsinsatser har genomförts internt och externt, t ex Föra barnen på tal och Bearslees familjeintervention. Mycket av arbetet sker i samverkan med kommuner.

14. Slutsatser och rekommendationer

14.1. Svar på revisionsfrågorna

Delfråga	Svar/bedömning
Hur bedrivs utvecklingsarbetet utifrån den utvecklingsplan som är fastställd av fullmäktige?	Utvecklingsarbetet bedrivs huvudsakligen i länsövergripande processer som är i ett inledande skede. Det har inte skett någon samlad utvärdering eller uppföljning av utvecklingsplanen vilket gör det svårt att bedöma hur långt arbetet har kommit. Utvecklingsplanen har inte längre någon styrande funktion utan har ersatts av en ledningsplan som fastställs årligen av MPG. Den följs löpande upp.
Finns det en strategi för avvägning mellan slutenvård och öppenvård, exempelvis mellanvårdsformer?	Nej, det finns ingen samlad strategi för avvägning mellan slutenvård och öppenvård. Vi bedömer det som angeläget att en sådan arbetas fram och implementeras.
Hur bedrivs arbetet med att minimera behovet av tvångsvård?	Det bedrivs förbättringsarbeten dels vid de tre klinikerna, dels länsövergripande genom processerna och sammanställningar och analyser vid kansliet.
Vilken samordning sker mellan de tre sjukvårdsområdena?	Samordningen sker via MPG men det är verksamhetscheferna som har beslutsmandat. En del frågor har inte kunnat lösas av MPG. Enligt vår bedömning finns risk för att en otillräcklig samordning sker till förfång för utvecklingen av en likvärdig vård i länet.

<p>Arbetar vuxenpsykiatrin utifrån framtagna vårdprogram avseende de stora diagnosgrupperna?</p>	<p>Nej, det sker i liten utsträckning men det finns ett pågående utvecklingsarbete som utgår från nationella vårdprogram och nationella riktlinjer. Enligt vår bedömning finns det behov av att prioritera arbetet med att arbeta fram och implementera lokalt anpassade vårdprogram. Dessutom finns det ett behov av stärka egenkontrollen av att de vårdprogram som finns också följs i praktiken.</p>
<p>Finns det en tydlig struktur med ansvarsgränser för den samverkan som är nödvändig vid vården av vissa psykiatriska sjukdomar?</p>	<p>Ja, det finns en tydlig struktur för samverkan.</p>
<p>Finns det en fungerande första linje?</p>	<p>Nej, första linjen bedöms inte fungera fullt ut i alla länsdelar.</p>
<p>Hur bedrivs samverkan med kommunal vård?</p>	<p>Samverkan med kommunal vård bedöms i huvudsak fungera väl men det finns olikheter i kommunernas omhändertagande. Enligt vår bedömning finns det en utvecklingspotential i att tillsammans med kommuner bygga ut mobil vård som kan erbjudas vid kommunala träffpunkter för personer med psykiska funktionsnedsättningar.</p>
<p>Sker en inrapportering från landstingets psykiatri till de nationella kvalitetsregistren inom psykiatrin?</p>	<p>Ja, det sker en inrapportering till nationella kvalitetsregister i tillräckligt hög grad för att få del av statliga stimulansmedel. Registreringsgraden är ojämnt fördelad i länet då Höglandet som är en av de mindre klinikerna har gjort hälften av registreringarna. Vi bedömer således att det finns en förbättringspotential vid de andra klinikerna.</p>
<p>Finns det och används i så fall vård- och avvikelседata i styrnings- och utvecklingssyfte?</p>	<p>Delvis. Det finns ett system för avvikelserapportering, men det finns en underrapportering och systemet används enligt vår bedömning inte i tillräckligt hög grad i styrnings- och utvecklingssyfte.</p>
<p>Är genomströmningen av patienter inom psykiatrin på rimlig nivå? D.v.s. finns det en standardiserad vårdprocess med tidsatta behandlingsmål och avstämningpunkter där vården omprövas?</p>	<p>Nej, vårdprocesserna är enligt vår bedömning i låg grad standardiserade med tidsatta behandlingsmål och avstämningpunkter. Vi bedömer det som angeläget att belysa, analysera och förbättra genomströmningen.</p>
<p>Har landstinget vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att verksamheten bedrivs med adekvat kompetens?</p>	<p>Nej, kompetensförsörjningen är ett bekymmer och enligt vår bedömning finns det behov av en länsövergripande strategi för kompetensförsörjning och kompetensutveckling.</p>

Har verksamheten gjort analyser av huruvida vården ges på lika villkor avseende kön?	Nej, verksamheterna har inte gjort några analyser av huruvida vården ges på lika villkor avseende kön.
Vilka rutiner finns för att barns behov av information, råd och stöd beaktas enligt HSL 2 g §?	Vi bedömer att det finns ändamålsenliga rutiner som är väl kända och implementerade.

14.2. Sammanfattande slutsatser och bedömning

Granskningens syfte är att ge revisorerna underlag för att bedöma om landstingsstyrelsens styrning av psykiatrin sker på ett ändamålsenligt sätt avseende resursutnyttjande och kvalitet. Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är att landstingsstyrelsen behöver stärka sin styrning av psykiatrin.

Vad gäller kvaliteten i vården kan vi konstatera att det finns en avsaknad av vårdprogram och standardiserade vårdprocesser vilket påverkar likvärdigheten negativt. Det pågår mycket utvecklingsarbete men vi ser en problematik i att det arbetet till stor del bedrivs i länsövergripande processer samtidigt som beslutsmandaten finns i tre olika linjeorganisationer. Därmed har en matrisorganisation skapats som kan vara vanskelig att styra. Eftersom MPG har svårt att hantera frågor som innebär omfördelningar mellan sjukvårdsområdena och större förändringar i nuvarande organisationer ser vi behov av klarare direktiv och prioriteringar från landstingsstyrelsen. Om strukturförändringar ska genomföras, som exempelvis utbyggnad av mellanvård, behöver ett tydligt uppdrag formuleras och följas upp.

Vi bedömer vidare att det finns en utvecklingsmöjlighet när det gäller styrningen av inflöde och utflöde av patienter. Bortsett från patienter som har en livslång vårdrelation med psykiatrin finns det skäl att i samband med processarbetet överväga hur en standard kan utformas för när de pågående vårdprocesserna ska bli föremål för utvärdering och omprövning av huruvida vården ska fortsätta eller ej. Idag är det i allt för stor utsträckning den enskilde behandlaren som styr dessa avvägningar. En utvecklad styrning av genomströmningen kan få stora positiva effekter för både kvalitet och tillgänglighet.

Om utvecklingsarbetet ska få genomslag behöver det stödjas av ersättningssystemet. I nuläget är ett nytt ersättningssystem på väg att införas parallellt med att utvecklingsarbete pågår. Farhågor om att ersättningssystemet kommer att leda till personalneddragningar vid de mindre klinikerna har tagit kraft och fokus från utvecklingsarbetet. Enligt vår bedömning måste verksamhetsstyrningen och ekonomistyrningen vara integrerade, annars påverkas möjligheterna att genomföra de förändringar som processarbetet ska leda fram till och som syftar till jämlik vård i länet.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen rekommenderar vi landstingsstyrelsen att:

- ▶ lämna tydliga direktiv avseende psykiatriens organisation och inriktning,
- ▶ säkerställa efterlevanden av nationella riktlinjer, vårdprogram och författningar
- ▶ vidta länsövergripande åtgärder för att trygga kompetensförsörjningen,
- ▶ säkerställa att målsättningarna avseende tillgänglighet vid nybesök inte ger upphov till undanträngningseffekter och/eller att vård ges på fel nivå,
- ▶ initiera en standard för styrning av genomströmning,
- ▶ förbättra egenkontrollen avseende hur de etablerade vårdprogrammen följs i praktiken.

Jönköping den 15 december 2014

Ann-Mari Ek

EY

Anders Hellqvist

EY

Bilaga 1 Källförteckning

Följande funktioner har intervjuats:

- ▶ Landstingsdirektör
- ▶ Hälsa- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Ordförande i Medicinsk programgrupp psykiatri
- ▶ Utredare, landstingskansliet
- ▶ Verksamhetschefer för psykiatriska klinikerna i Värnamo, Höglandet och Ryhov
- ▶ Utvecklingsansvariga vid de tre klinikerna
- ▶ Avdelningschefer och mottagningschefer vid de tre klinikerna
- ▶ Personalgrupper vid de tre klinikerna