

Landstingsstyrelsen

## Granskning av Psykiatrin 2014

Landstingets revisionskontor har på vårt uppdrag genomfört en granskning av Psykiatrin. Det övergripande syftet med granskningen har varit att svara på om det finns en tillfredställande tillgänglighet och ändamålsenliga vårdkedjor avseende psykiatrisk vård och behandling och om dessa delar är föremål för ett systematiskt förbättringsarbete.

Vi vill inledningsvis nämna att vi anser det positivt att primärvården och område psykiatri har tagit fram en gemensam handlingsöverenskommelse och gemensamma dokument för suicid och depression.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

- Granskningen visar att tillgänglighet som redovisas till landstingsstyrelsen ger en ofullständig bild av hur tillgängligheten ser ut för psykiatrisk vård och behandling. Det som redovisas är kömiljarden och vårdgarantin och dessa uppgifter avser enbart ett första besök. Väntetid till återbesök, utredningar och behandlingar redovisas inte och inom vissa av dessa delar kan väntetiden vara mycket lång.
- En ytterligare form av tillgänglighet är möjligheten att få komma till samma läkare. Läkarkontinuitet har, enligt uppgift, stor betydelse för behandling av psykisk ohälsa. Inom länets hälsocentraler saknas ett stort antal läkare och bemanning sker med hyrläkare. Detta förhållande innebär en risk för sämre behandling och längre sjukskrivningar.
- I den tidigare granskningen från 2005 framkom att patienten ”hamnat mellan stolarna” då primärvården inte hade resurser att tillgodose vård för de patienter som inte bedömdes vara i behov av specialiserad vård och behandling. Detta förhållande bekräftas även till viss del i denna granskning. Skillnaden idag är att det tagits fram gemensamma vårdkedjor mellan område psykiatri och primärvården avseende suicid och depression. Dessa dokument kan ge förutsättningar för tydligare gränssytor.
- Granskningen visar på brister i remisshantering mellan psykiatrin och primärvården. Vidare visar granskningen att brister i meddelanderutiner i samband med utskrivning av patienter från område psykiatri varit ett patientsäkerhetsproblem. Vi bedömer dock att den nyligen framtagna handlingsöverenskommelsen kan ge bättre förutsättningar för en säker remisshantering.

- Det finns brister i uppföljning och kontroll av tillgänglighet och fastställda vårdkedjor. När det gäller tillgängligheten hör bristen samman med att den uppföljning som redovisas ger en ofullständig bild av tillgängligheten. Brister-  
na i egenkontrollen består i att denna kontroll enbart omfattar det enskilda centrumet medan vårdkedjorna är centrumövergripande. Vi rekommenderar att det, som komplement till den befintliga egenkontrollen, införs en centrum-  
övergripande funktion för uppföljning av avvikelser i vårdkedjorna. Denna funktion bör ha mandat att påtala brister inom både primärvård och specialise-  
rad psykiatri.

Vi emotser senast den 11 maj 2015 en redovisning av vilka åtgärder som Regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För revisorerna i Region Jämtland Härjedalen

  
Mona Nyberg  
Ordförande

  
Annelie Bengtsson  
Vice ordförande

### **Bilaga**

Rapporten Granskning av Psykiatrin 2014.

### **Kopia till**

Fullmäktiges presidium

Regiondirektören

Hälso- och sjukvårdsdirektören

Centrumchefer för centrumen psykiatri och Barn/Kvinna/Psykiatri.



**GRANSKNING AV PSYKIATRIN  
2014**

Jan-Olov Undvall

---

*Innehållsförteckning*

<b>1</b>	<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>INLEDNING/BAKGRUND</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING</b> .....	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>REVISIONSKRITERIER</b> .....	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>GRANSKNINGSANSVARIGA</b> .....	<b>5</b>
<b>6</b>	<b>METOD</b> .....	<b>5</b>
<b>7</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>6</b>
7.1	TILLGÄNGLIGHET TILL PSYKIATRISK VÅRD OCH BEHANDLING .....	6
7.1.1	Tillgänglighet inom primärvården .....	6
7.1.2	Tillgänglighet till specialistpsykiatri .....	8
7.2	VÅRDKEDJOR MELLAN PRIMÄRVÅRD OCH SPECIALISTPSYKIATRIN .....	9
7.2.1	Remissrutiner .....	9
7.2.2	Gränssytor mellan primärvård och specialistvård. ....	11
7.2.3	Meddelanderutiner inför utskrivning .....	13
7.3	RUTINER FÖR EGENKONTROLL AVSEENDE TILLGÄNGLIGHET OCH FASTSTÄLLDA VÅRDKEDJOR .....	14
<b>8</b>	<b>LITTERATURFÖRTECKNING</b> .....	<b>17</b>

---

## 1 SAMMANFATTNING

---

Det övergripande syftet med granskningen har varit att svara på om det finns en tillfredställande tillgänglighet och ändamålsenliga vårdkedjor avseende psykiatrisk vård och behandling och om dessa delar är föremål för ett systematiskt förbättringsarbete.

Psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken till sjukskrivningar. Andelen suicid fall ligger fortsatt på en hög nivå inom länet. För 2014 har åtta suicidfall inträffat där patienten haft kontakt med vården inom en fyraveckors period.

Vi vill inledningsvis nämna att vi anser det positivt att primärvården och område psykiatri har tagit fram en gemensam handlingsöverenskommelse och gemensamma dokument för behandling av suicid och depression.

Granskningen visar att tillgänglighet som redovisas till landstingsstyrelsen ger en ofullständig bild av hur tillgängligheten ser ut för psykiatrisk vård och behandling. Det som redovisas är kömiljarden och vårdgarantin och dessa uppgifter avser enbart ett första besök. Väntetid till återbesök, utredningar och behandlingar redovisas inte och inom vissa av dessa delar kan väntetiden vara mycket lång.

En ytterligare form av tillgänglighet är möjligheten att få komma till samma läkare. Läkarkontinuitet har, enligt uppgift, stor betydelse för behandling av psykisk ohälsa. Inom länets hälsocentraler saknas ett stort antal läkare och bemanning sker med hyrläkare. Detta förhållande innebär en risk för sämre behandling och längre sjukskrivningar.

Den tidigare granskningen från 2005 framkom att patienten "hamnat mellan stolarna" då primärvården inte hade resurser att tillgodose vård för de patienter som inte bedömdes vara i behov av specialiserad vård och behandling. Detta förhållande bekräftas även till viss del i denna granskning. Skillnaden idag är att det tagits fram gemensamma vårdkedjor mellan område psykiatri och primärvården avseende suicid och depression. Dessa dokument kan ge förutsättningar för tydligare gränssytor.

Granskningen visar på brister i remisshantering och mellan psykiatrin och primärvården. Vidare visar granskningen att brister i meddelanderutiner i samband med utskrivning av patienter från område psykiatri varit ett patientsäkerhetsproblem. Den nyligen framtagna handlingsöverenskommelsen kan ge bättre förutsättningar för en säker remisshantering.

Det finns brister i uppföljning och kontroll av tillgänglighet och fastställda vårdkedjor. När det gäller tillgängligheten hör bristen samman med att den uppföljning som redovisas ger en ofullständig bild av tillgängligheten. När det gäller egenkontrollen av centrumövergripande vårdkedjor rekommenderar vi att det införs en centrumövergripande funktion för uppföljning av avvikelser som komplement till den befintliga egenkontrollen. Denna funktion bör ha mandat att påtala brister inom både primärvård och specialiserad psykiatri.

---

## 2 INLEDNING/BAKGRUND

---

Landstingets revisorer har uppdragit till revisionskontoret att genomföra en granskning av tillgängligheten till psykiatrisk vård. Denna granskning är till delar en uppföljning av "Granskning från 2005 "Granskning av tillgängligheten till psykiatri" (Dnr: LS/861/2005)

Psykiatrisk vård bedrivs inom både primärvård och inom specialiserad vård. Granskningen från 2005 visade på brister i tillgängligheten till psykiatrisk specialistvård och brister i vårdkedjor mellan primärvård och psykiatri. I granskningen framkom att patienter "hamnade mellan stolarna". Primärvården hade inte alltid resurser att tillgodose vård för de patienter som inte bedömdes vara i behov av specialiserad vård och behandling. Granskningen från 2005 visade även att gränsyterna mellan primärvården respektive den specialiserade inte hade tydliggjorts.

Under de senaste åren har primärvården urholkats på läkarresurser. Detta kan medföra en risk för att primärvårdens förutsättningar att ge en god kvalitativ vård, till psykiatriskt sjuka som inte tas om hand inom specialistpsykiatri, ytterligare försämras. Primärvård och specialistvård är två kommunicerande kärl. Brister inom primärvården ställer därför större krav på tillgängligheten till den specialiserade vården.

---

## 3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

---

Det övergripande syftet med granskningen är att svara på om det finns en tillfredställande tillgänglighet och ändamålsenliga vårdkedjor avseende psykiatrisk vård och behandling och om dessa delar är föremål för ett systematiskt förbättringsarbete.

Granskningen har följande revisionsfrågor:

- Följs vårdgarantin till psykiatrisk vård och behandling?
- Finns ändamålsenliga vårdkedjor mellan primärvård och specialistpsykiatri?
- Finns dokumenterade rutiner för egenkontroll avseende tillgänglighet och fastställda vårdkedjor?

Med tillfredsställande vårdkedjor avser vi bl.a. följande:

- Ändamålsenliga remissrutiner i enighet med Socialstyrelsens föreskrift
- Fastställda gränsyterna mellan primärvård och specialistvård.
- Meddelande rutiner inför utskrivning

### Avgränsning

Granskningen avgränsas till vuxenpsykiatri som bedrivs utifrån Hälso- och sjukvårdslagen.

---

## 4 REVISIONSKRITERIER

---

- Hälso- och sjukvårdslagen 2a§
- Patientsäkerhetslagen 3 kap.
- Socialstyrelsen föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.
- Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården m.m.
- Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete (2011:9)
- Landstingsplanen 2014, avseende att det skall finnas fungerande vårdkedjor.

---

## 5 GRANSKNINGSANSVARIGA

---

Ansvarig för kvalitetsgranskning av iakttagelser och bedömningar är Majvor Enström revisionsdirektör och certifierad yrkesrevisor.

---

## 6 METOD

---

Granskningen har utförts genom dokumentanalys, två enkätundersökningar och sex djupintervjuer.

De som intervjuats har varit Centrumcheferna för område Barn/Kvinna/Psykiatri och centrumchefen för landstingsdriven primärvård. Därutöver har verksamhetschefen för område psykiatri, vårdutvecklare inom psykiatri och primärvård, medicinsk samordnare inom primärvården och samordnare för de psykosociala teamen intervjuats.

Två enkäter har skickats ut. En till ett slumpvist urval av distriktsläkare och den andra enkäten till samtliga anställda inom de psykosociala enheterna. Svarefrekvensen för enkäten till distriktsläkare uppgick till 50 %. Därför har resultaten från denna enkät tolkats med försiktighet och resultatet har inte heller redovisats i diagramform i rapporten. Svarefrekvensen från enkäten som skickats till de psykosociala enheterna uppgick till 66 %. Sammanlagt skickades tre påminnelser.

---

## 7 RESULTAT

---

### Psykisk ohälsa har ökat

Sjukskrivningar för psykisk ohälsa är numera den vanligaste sjukskrivningsorsaken och är större än sjukskrivningar m.a.a. rörelseapparaten. Framförallt är det kvinnors sjukskrivningar som har sin grund i psykisk ohälsa, (se bilaga 1.)

Förekomsten av svårt sjuka patienter har ökat inom specialistpsykiatrin, enligt verksamhetschefen för psykiatrin. Ofta har patienterna också en somatisk sjukdom vilket medför ett ökat vårdbehov. Efterfrågan på vårdplatser har ökat och området har en ökad beläggning 2014 jämfört med 2013 (1).

*(Siffror inom parentes är hänvisning till källförteckningen)*

### En stor del av psykiatrin sker inom primärvården

Behandlingar av psykiatriska sjukdomar och psykisk ohälsa uppges ske till ca 70 % inom primärvården (2). Primärvården är 1:a linjens psykiatri. Det är framförallt enkla och medelsvår problematik som primärvården ansvarar för (3).

## 7.1 TILLGÄNGLIGHET TILL PSYKIATRISK VÅRD OCH BEHANDLING

### 7.1.1 Tillgänglighet inom primärvården

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall vården vara lättillgänglig och tillgodose patientens behov av kontinuitet.

Den tillgänglighet som mäts inom primärvården är vårdgarantin. Vårdgarantin är sedan några år inskrivet i Hälso- och sjukvårdslagen. Inom primärvården är det kontakt till hälsocentralen samma dag, och ett första läkarbesök inom 7 dagar som ingår i vårdgarantin. Återbesök, uppföljningar eller ett första besök hos en annan yrkeskategori än läkare omfattas inte av vårdgarantin inom primärvården.

### Bristande kontinuitet bland distriktsläkare leder till sämre behandling

De hälsocentralerna med många stafettläkare har problem att kunna upprätthålla en god läkarkontinuitet. Enligt den medicinska samordnaren inom primärvården kan bristande läkarkontinuitet medföra sämre behandling av psykisk ohälsa. T.ex. bör förskrivning och läkemedelsuppföljning vid depression skötas av samma läkare. Av den landstingsinterna suicidutredningen framgår att bristande läkarkontinuitet är en patientsäkerhetsrisk (4).

Enligt vårdutvecklaren inom primärvården och samordnaren för de psyksociala teamen leder bristande läkarkontinuitet till att patienten får upprepa sin sjukdomshistoria varje gång de träffar en ny läkare i samband med att sjukintyget skall förnyas och vid läkemedelsuppföljning. Vårdutvecklaren och samordnarens uppfattning är att detta leder till att patienten inte kommer vidare i sin behandling och att det i sin tur leder till längre sjukskrivningar.



### Internstafett – tillfällig lösning

Vid Brunflo hälsocentral, som har ett stort antal stafettläkare, uppges problematiken med bristande läkarkontinuitet tillfälligt avhjälpas genom att en internstafett<sup>1</sup> anlitas, en ST- läkare från psykiatri, som i huvudsak tar emot patienter med psykisk ohälsa. Lösningen är dock tillfällig och varar t.o.m. juni 2015. Enhetschefen hoppas dock på en fortsättning.

### Psykosocial resurs

Då samtal är en del i behandlingen eller hela behandlingen hänvisas patienten till den psykosociala resurs som ska finnas på hälsocentralerna.

Att det finns psykosocial resurs på en hälsocentral är ett krav utifrån förfrågningsunderlaget för hälsovalet. Den psykosociala resursen skall stå för 1:a linjens vård vid psykisk ohälsa, vilket innebär att bedöma, behandla, rehabilitera och följa upp patienter med psykisk ohälsa som inte kräver specialist-sjukvård. Den psykosociala verksamheten ska ge samtalsbehandling och medverka i multimodala team<sup>2</sup> och multimodala behandlingar (3).

Det finns inga mål eller mått kopplat till psykosocial verksamhet i förfrågningsunderlaget eller i primärvårdens verksamhetsplan (5).

De psykosociala resurserna som också benämns som psykosociala enheter (PSE) bemannas, enligt samordnaren för de psykosociala enheterna (PSE), med psykolog, kurator och psykiatrisjuksköterska. Samtliga inom PSE uppges ha grundläggande utbildning i psykoterapi, enligt uppgift.

### Lång väntetid till PSE

Kötiden till PSE omfattas inte av vårdgarantin.

Tillgängligheten till psykosociala enheten för de minst prioriterade patienterna kan uppgå till 6-8 veckor, och inför sommaren upp till 12 veckor. Detta är allt för lång väntetid, enligt de intervjuade, som anser att patienten borde kunna komma på 1:a besök samma dag och sättas upp på väntelista max 14 dagar.

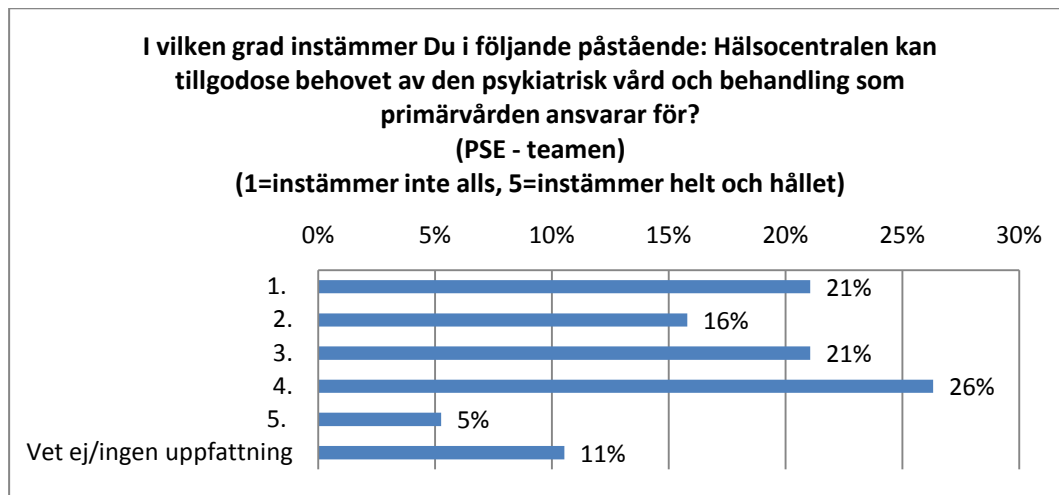
Enligt Produktionsstatistik för PSE har det skett en ständig ökning av besök mellan 2012 (6) och 2014 (7).

Enligt samordnaren för de psykosociala teamen saknas tillräckliga resurser för att klara sitt uppdrag.

---

<sup>1</sup>En internstafett har en anställning inom region Jämtland Härjedalen och arbetar tillfälligt inom någon hälsocentral för att hjälpa till att lösa bemanningen. Den läkare som är internstafett vid Brunflo hälsocentral har sin anställning inom område psykiatri, men arbetar för närvarande inom Brunflo hälsocentral.

<sup>2</sup> Multimodal rehabilitering innebär att flera olika kompetenser samarbetar i team på ett organiserat sätt. Teamet ska certifieras enligt landstingets modell.



Kommentarer från enkäten i sammandrag: *brist på fasta läkare omöjliggör kontinuitet, ... många ärenden kommer inte till PSE p.g.a. bristande resurser, färdigbehandlade inom psykiatrin bortprioriteras p.g.a. fokus på akuta kriser, lång väntetid till PSE.*

#### 7.1.2 Tillgänglighet till specialistpsykiatri

Vårdgarantin omfattar enbart ett första besök inom område Psykiatri och i detta sammanhang är måluppfyllelsen god.

För område psykiatri omfattar inte vårdgarantin behandlingar. Området har inga egna mål för att följa upp den tillgänglighet som inte omfattas av vårdgarantin. Enligt centrumchefen mäter man det man har i uppdrag att mäta och det är vårdgarantin och kömiljarden.

Psykiatrin har inte lika god tillgänglighet till vissa utredningar och behandlingar som till ett första besöket, enligt verksamhetschefen och centrumchefen för Psykiatrin. Väntetiden till utredning inom neuropsykiatrisk mottagning kan t.ex. uppgå till 18 månader, (se bilaga 2, begärda uppgifter om kö-situationen för utredningar och behandlingar inom område psykiatri).

Väntetiden till psykolog inom trauma och ångestheten är allt för lång, enligt verksamhetschefen för område psykiatri.

Något som ibland kan förekomma ifall väntetiden blir för lång, är att patienten inkommer akut till specialistpsykiatrin. Enligt vårdutvecklaren inom området finns det ingen rutin för att göra en avvikelserapport i de fall den medicinskt rekommenderade väntetiden överskridits.

#### Tillgång på psykiatriker och psykologer

Enligt centrumchefen ligger rekryteringsläget för psykiatriker inom psykiatrin ligga på en acceptabel nivå. För närvarande uppges det finnas tre vakanser. Enligt verksamhetsberättelsen för 2014 har dock anlitaandet av stafettläkare ökat något jämfört med 2013. Rekryteringsläget för psykologer ser bra ut, enligt centrumchefen.

#### **Bedömning**

- Vårdgarantin för primärvården omfattar enbart en begränsad del av behandling av psykisk ohälsa och därför ger redovisning en missvisande bild av väntetiden till psykiatrisk behandling. Väntetiden till PSE är allt för lång, enligt de intervjuade.

- En del av tillgänglighet innebär också att få komma till samma läkare. De hälsocentraler som har många stafettläkare har sämre förutsättningar för att behandla psykisk ohälsa och en ökad risk för att patientsäkerheten åsidosätts. Detta anser vi är ett mycket otillfredsställande tillstånd. Vi ser dock positivt på den lösning som vidtagits vid Brunflo HC för att komma tillrätta med läkarbristen.
- Område psykiatri klarar vårdgarantin. Dock omfattar vårdgarantin enbart nybesök vilket är en begränsad del av psykiatrisk verksamhet. Redovisning ger därför en missvisande bild av tillgängligheten till psykiatrisk vård och behandling, då vissa enheter inom området har lång väntetid till utredningar och behandlingar.

## 7.2 VÅRDKEDJOR MELLAN PRIMÄRVÅRD OCH SPECIALISTPSYKIATRIN

### 7.2.1 Remissrutiner

#### Relativt få remisser skickas till Psykiatrin

I jämförelse med hur många remisser som primärvården skickar till andra kliniker inom den specialiserade vården är det få remisser som skickas till Psykiatrin (8). Enligt några intervjuade inom primärvården finns det en viss resignation hos läkare inom primärvården att skriva remisser till psykiatrin, därför att dessa på förhand vet att remitterandet inte brukar ha någon framgång.

En viss ökning av remisser till psykiatrin har dock skett mellan 2013 och 2014 från några av länets hälsocentraler, där Brunflo hälsocentral uppvisar den största ökningen. Enligt den medicinska samordnaren inom primärvården skriver stafettläkare flera remisser, vilket kan förklara en del av ökningen. Enligt den medicinska samordnaren är dock remissflödet från primärvård till område psykiatri på övergripande nivå ganska stabilt över åren.

Förutom läkare remitterar även personal inom PSE också till Psykiatrin, efter vidimering från läkare (9).

Att inkommande remisser ökat bekräftas av de intervjuade inom psykiatrin. Det är framförallt yngre patienter, ätstörningar och efterfrågan på neuropsykiatrisk utredning som ökat.

Till vissa delar av specialistpsykiatrin behövs ingen remiss från primärvården. Man kan söka vård genom s.k. egenremiss.

#### Brister i remisshantering

Enligt intervjuade inom primärvården kan kvalitén på inskickade remisser från primärvården till psykiatrin variera, vilket landstingets egen utredning om suicid också visar (4). Inom primärvården sker, enligt uppgift, ingen systematisk uppföljning av kvalitén på inskickade remisser.

De senaste händelseanalyserna i samband med Lex Maria visar på brister i remisshantering och kommunikation mellan område psykiatri och primärvården (10).

#### Psykiatrisk akutmottagning

Den psykiatriska akutmottagningen är första remissinstans. Samtliga remisser hamnar i regel där.

Akutmottagningen är öppen 24 timmar om dygnet. Mellan 8.00 och 17.00 har akutmottagningen egen bemanning. Övriga tider är det intagningsavdelningen som övertar akutmottagningens uppgifter. Den psykiatriska akutmottagningen bemannas med en överläkare och fem sjuksköterskor. Samtliga inkommande remisser bedöms, enligt vårdutvecklaren, av överläkaren på akutmottagningen inom psykiatrin. Enligt uppgift sker en genomgång av samtliga remisser dagligen för att se vilka som är akuta.

### När inte målet avseende bedömning av inkommande remisser

Landstinget har som mål att 75 % av remisserna ska bedömas inom 3 dagar. Akuta remisser ska dock bedömas direkt. Resultatet för 2014 blev 52,1 %. Centrumchefen poängterar dock att samtliga akuta remisser bedöms direkt.

### Remisskonferens och behandlingskonferens

Efter en första bedömning tas remissen upp på en remisskonferens, dock med undantag för akuta remisser som bedöms direkt. Vid remisskonferensen görs en bedömning till vilken enhet inom psykiatri patienten hör. Remissen skickas därefter vidare via landstingets vårdadministrativa system (VAS) till aktuell enhet som i sin tur har egna remisskonferenser där remissen åter tas upp till ny bedömning. Efter remisskonferens sker ibland en behandlingskonferens där det bestäms till vilken behandlare som patienten skall gå till.

### Brister i överföringen mellan enheter inom psykiatri

I en händelseanalys i samband med Lex Maria framkom brister i informationsöverföring och rutin för att säkerställa att patienten har en vårdkontakt vid övergångar mellan enheterna inom psykiatri (11). En rutin avseende detta skulle därför utarbetas under 2014. Enligt verksamhetschefen har detta inte hunnits med under 2014. Inom en avdelning finns dock en sådan rutin framtagen. Enligt verksamhetschefen kommer rutinen att appliceras i hela slutenvården under 2015.

### Remissvar

Rutinen uppges vara att ett remissvar skall skickas till den som remitterat patienten direkt när remissen inkommit med uppgifter om vad som planerats. Detta har dock inte alltid skett, utan ibland har ett remissvar skickats först när patienten varit färdigbehandlad, enligt vårdutvecklaren inom Psykiatri.

I den nyligen fastställda handlingsöverenskommelsen finns riktlinjer för remisshantering mellan primärvård och psykiatri angivet (9). I denna överenskommelse framgår att journalanteckning skickas snarast med ett preliminärt besked till den som remitterat patienten. Efter en slutgiltig bedömning ska ett remissvar skickas med information om bedömning och planerad åtgärd/behandling (9).

Vi har tagit del av ytterligare remissrutiner utöver handlingsöverenskommelsen<sup>3</sup>.

### **Bedömning**

- Att bristande remissrutiner är en risk för patientsäkerheten har framkommit i intervjuer och olika utredningar. Vi anser därför att den nyligen beslutade handlingsöverenskommelsen mellan primärvården och område psykiatri är ett stort steg i rätt riktning för en säkrare remisshantering. Det är dock viktigt att följsamheten till handlingsöverenskommelsen regelmässigt följs upp.
- De remissrutiner vi tagit del av saknar några väsentliga delar utifrån Socialstyrelsens föreskrift (12). Bl.a. saknas dokumenterad rutin för hur patienten skall få besked om att remissen mottagits, vilka åtgärder som skall vidtas ifall svaret inte kan ges inom meddelad tid, vilka åtgärder som skall vidtas om remissvaret uteblir. Vi rekommenderar att både primärvården och område psykiatri måste utvecklas sina remissrutiner i dessa avseenden.

<sup>3</sup> Ytterligare remissrutiner inom psykiatri är .."remissrutiner område Psykiatri" (24) och hur registreringen i VAS skall ske "bevakningsrutiner sjuksköterska vid enhet/avdelning vid Område psykiatri, (25). Information ang. riktlinjer för remisskonferens Intagningsenheten (26)

- Område Psykiatri når inte målet om andelen bedömda inkommande remisser inom tre dagar. Vi rekommenderar att åtgärder bör vidtas för att förbättra måluppfyllelsen.
- Händelseanalys i samband med Lex Maria visade på brister vid övergångar mellan enheter inom område psykiatri. Vi rekommenderar att området slutför den rutin som skall säkerställa säkra övergångar inom området.

#### 7.2.2 Gränssytor mellan primärvård och specialistvård.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift ska vårdgivaren identifiera de processer som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada och säkra verksamhetens kvalitet. Det skall framgå av processerna och rutinerna hur samverkan skall bedrivas inom den egna verksamheten och med externa aktörer (13).

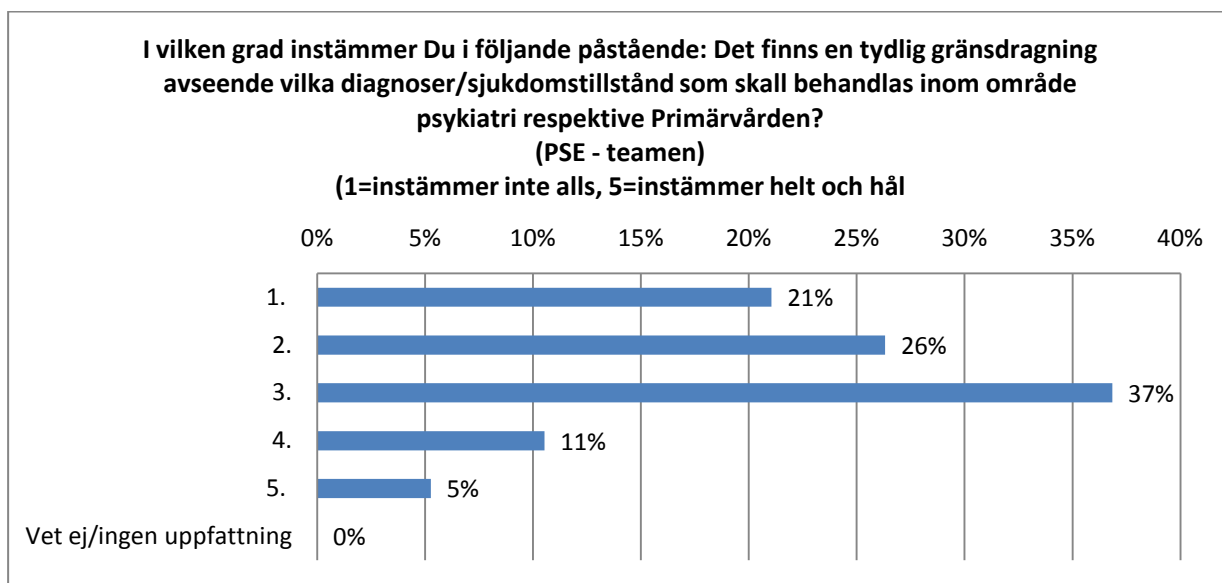
Som tidigare nämnts finns det en nyligen fastställd handlingsöverenskommelse innehållande en översiktlig beskrivning av gränssytor mellan primärvård och specialiserat psykiatrisk vård. Denna överenskommelse har framförallt fokus på meddelande och remissrutiner mellan primärvård och område psykiatri.

Kopplat till handlingsöverenskommelsen finns det ett antal riktlinjer som anger gränssytor och ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialistpsykiatri. Dessa är Zamsyn dokumenten för suicid (14) och depression (15) och ansvarsfördelning vid missbruk (16). Därutöver har vi tagit del av vårdprogram för vuxna med ångest (17) och riktlinjer som omfattar både psykiatri och den psykosociala resursen (18). Förutom Zamsyn har uppräknade dokument inte registrerats i Centuri, vilket innebär en minskad sökbarhet och oklarhet avseende dokumentens aktuella status.

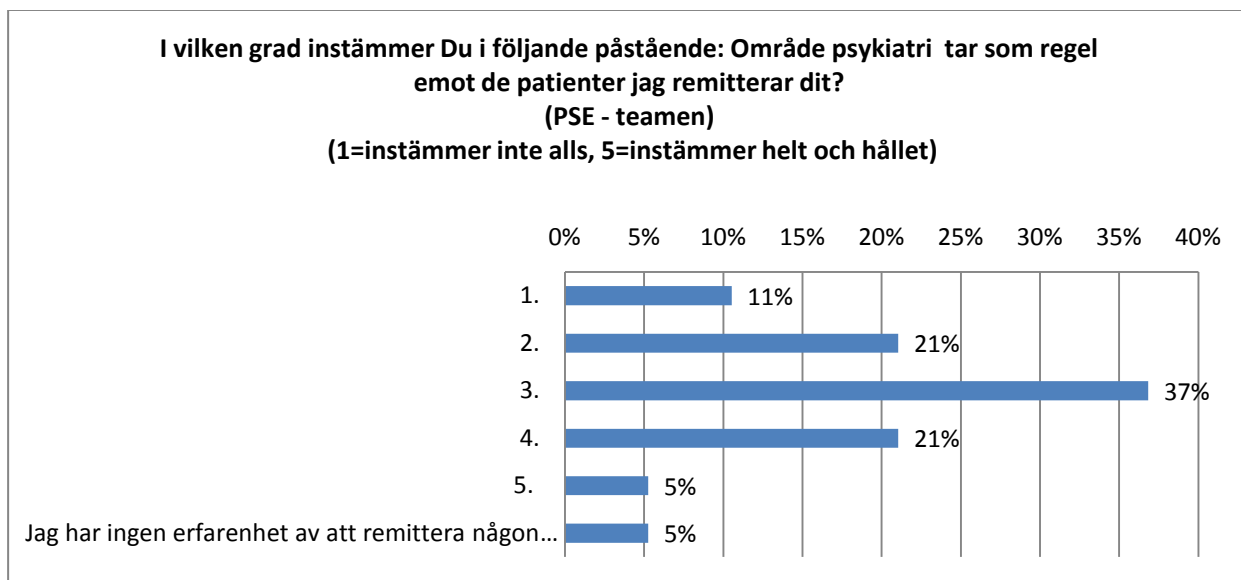
Uppfattningen bland enkätbesvararna är att gränsdragningen är otydlig

Utifrån enkätresultatet framkommer uppfattningen att gränssytor mellan primärvården och psykiatri är otydliga, se följande diagram.

Kommentarer från enkäten i sammandrag: *det finns en otydlighet kring behandlingen av personlighetsstörningar, neuropsykiatrisk problematik, Posttraumatisk Stressyndrom, etc.*

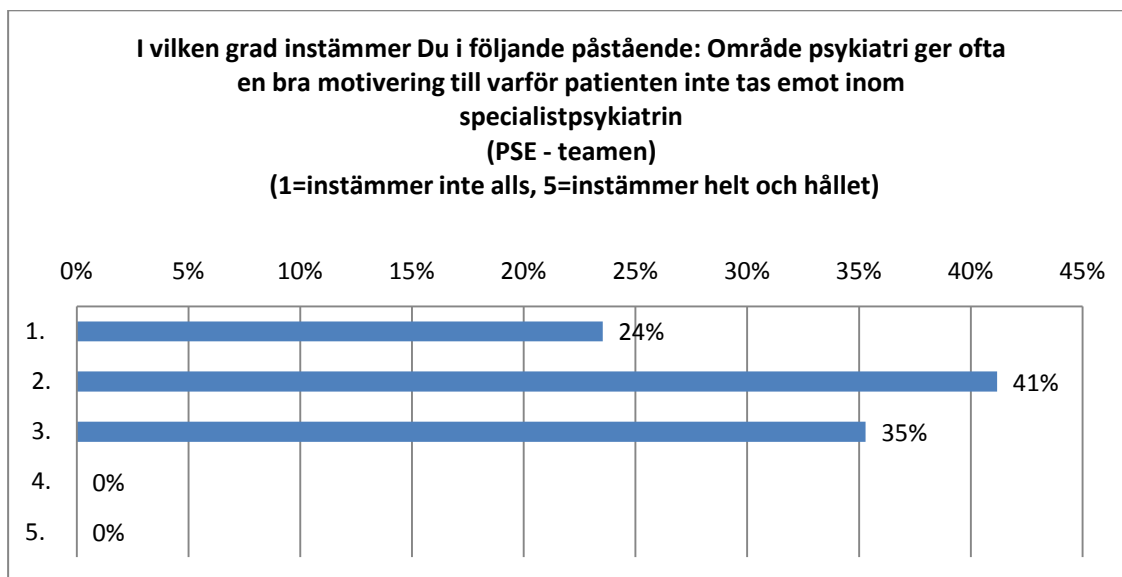


Enkätresultatet tyder på att en del av de remisser som skickas från primärvården inte leder till att patienten får tillträde till specialistpsykiatri, se följande diagram.

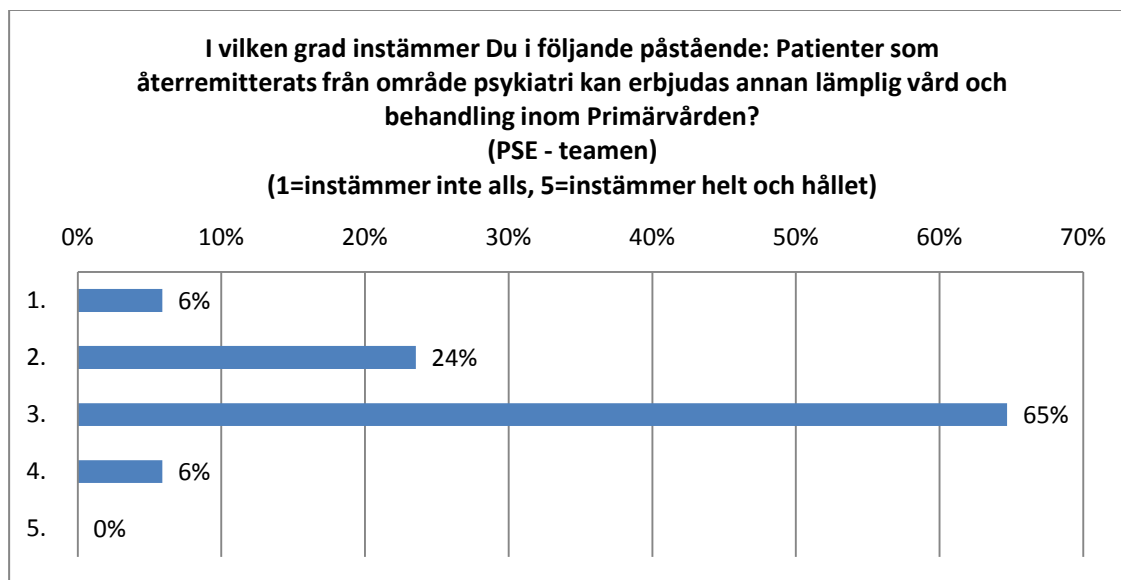


Flertalet av de som besvarat enkäten är missnöjda med motiveringen till varför patienten inte tas emot inom specialistpsykiatri, se följande diagram. Den allra vanligaste motiveringen till varför patienten inte tas emot inom primärvården uppges vara att specialistpsykiatri är fel vårdnivå.

Enligt den medicinska samordnaren inom primärvården förekommer det att remisser skickas tillbaka enbart av resursbrist.



Följande diagram visar att patienter ibland kan hamna mellan stolarna när de återremitteras från psykiatrin samtidigt som primärvården inte kan erbjuda annan lämplig vård.



### Bedömning

- Den allmänna uppfattningen bland enkätbesvararna är att ansvarsfördelningen är otydlig. Det finns dock ett antal riktlinjer och vårdprogram som anger ansvarsfördelningen och samverkan för vissa psykiatriska diagnoser. En del av dessa är inte registrerade vilket medför en minskad sökbarhet. Aktuell status för vissa av dessa styrdokument är oklar.
- För att säkerställa följsamheten till processer är det viktigt med en uppföljning. Då processer omfattar två centrum och externa aktörer är det viktigt med en övergripande funktion för att följa upp och kontrollera följsamheten till fastställda rutiner och riktlinjer.
- Enkätresultatet visar att patienter fortfarande "hamnar mellan stolarna" mellan den vård primärvården kan erbjuda och de indikationsgränser område psykiatri har satt upp för när patienten anses tillhöra specialistpsykiatrin.

#### 7.2.3 Meddelanderutiner inför utskrivning

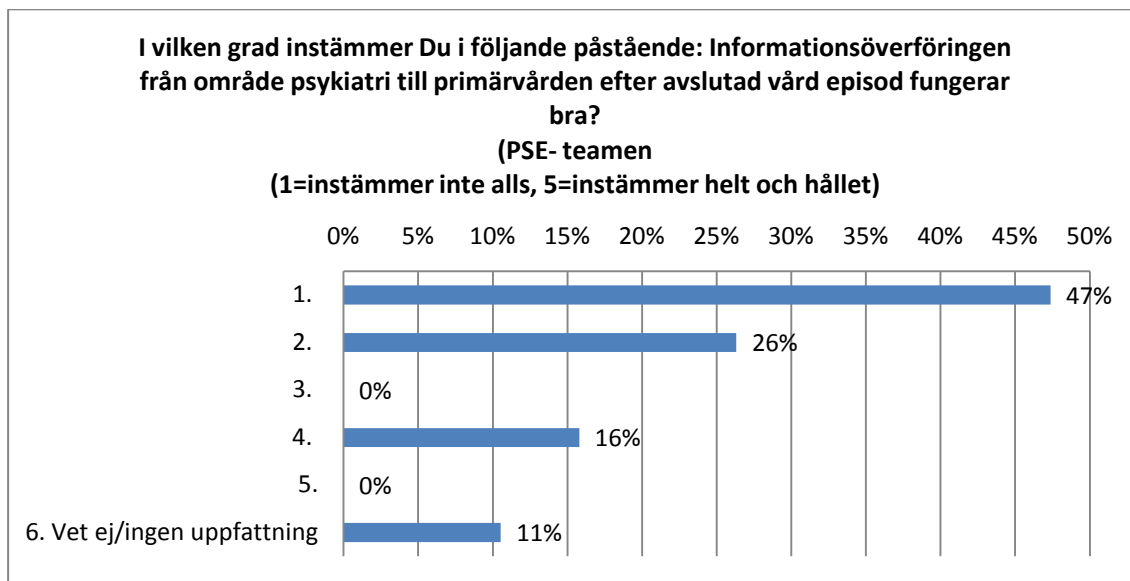
Enligt Socialstyrelsens föreskrift skall information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst senast samma dag som patienten skrivs ut överföras från den slutna vården till den öppna och socialtjänsten om det inte finns hinder enligt sekretesslagen (19).

I en landstingsintern rapport om suicid från 2013 framkommer stora brister i kommunikationen efter utskrivning från psykiatrin till primärvården. I rapporten framkom att patienterna fick vänta länge på kontakt vid remittering från psykiatrin till primärvården och att det var oklart vem patienten skulle vända sig till under tiden (4).

Enligt den medicinska samordnaren inom primärvården förekommer det att område psykiatri inte skickar någon remiss till primärvården efter avslutad behandling. Istället anges att behandlingen skall fortsättas inom primärvården i en epikriskopia.

Enligt vad som framkommit vid intervjuer är brister i meddelanderutiner från psykiatri till primärvården ett stort riskområde avseende patientsäkerheten.

Flertalet av enkätbesvararna anser inte att informationsöverföringen från område psykiatri till primärvården fungerar bra, se följande diagram.



Kommentarer från enkäten i sammandrag: *Man efterfrågar mer personliga kontakter med psykiatrin, att psykiatrin hör av sig och att man kommer överens om ett vårdövertagande, oklarheter kring vem som är ansvarig under tiden patienten står på väntelista.*

Enligt samordnaren för PSE brukar område psykiatri skicka ett meddelande till de psykosociala teamen enbart om patienten inte sedan tidigare varit patient där.

Enligt den nyligen framtagna handlingsöverenskommelsen skall primärvården alltid meddelas när behandlingen avslutas inom område psykiatri. En remiss ska skickas från psykiatrin i de fall patienten är i behov av behandling eller uppföljning inom primärvården. Behöver patienten kontakt med både läkare och PSE ska dubbla remisser skrivas. Om ingen uppföljning behövs inom primärvården ska en epikris skickas för kännedom (9).

### **Bedömning**

- Av enkätresultatet framgår att det fortfarande finns brister i meddelanderutiner efter utskrivning från område psykiatri. Den nyligen fastställda handlingsöverenskommelsen kan innebära bättre förutsättningarna för en säkrare kommunikation mellan område psykiatri och primärvården efter utskrivning. Det är dock viktigt att det sker en systematisk uppföljning av följsamheten till handlingsöverenskommelsen. Brister i meddelanderutiner efter utskrivning från område psykiatri är enligt flera av de intervjuade och enligt flera utredningar ett stort riskområde.

### **7.3 RUTINER FÖR EGENKONTROLL AVSEENDE TILLGÄNGLIGHET OCH FASTSTÄLLDA VÅRDKEDJOR**

Enligt Socialstyrelsens föreskrift skall det finnas rutiner för att kontrollera följsamheten till fastställda processer och rutiner och för att följa upp processernas ändamålsenlighet. Detta i syfte att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen innebär att kontrollera att verksamheten bedrivs i



enlighet med fastställda processer. Uppföljning av avvikelserapportering och klagomålshantering är viktiga delar i detta arbete (13).

#### Egenkontroll avseende tillgängligheten

Den tillgänglighet som återredovisas inom förvaltningen avser vårdgarantin och kömiljarden. Tillgängligheten till de psykosociala teamen eller återbesök, utredningar och behandlingar inom område psykiatri, t.ex. psykologiska behandlingar återredovisas inte. Den tillgängligheten som redovisas speglar därmed en begränsad del av den psykiatriska vården.

I styrelsens och regiondirektörens uppföljningsplan och internkontrollplan finns inte psykiatri eller psykisk ohälsa med som någon egen punkt (20). )

Enligt verksamhetschefen är det respektive enhet inom psykiatrin som skall ha kontroll på att man håller tiderna för återbesök. Verksamhetschefen uppger sig ha kontroll på tillgängligheten genom det som framkommer i månadsrapporter från enheterna. Centrumchefen uppger sig följa upp tillgängligheten vid verksamhetsdialogmöten två gånger per år. Centrumchefen uppger sig inte ha krav på någon regelmässig redovisning av tillgängligheten inom område psykiatri, förutom kö miljarden och vårdgarantin.

#### Egenkontroll avseende vårdkedjor

Enligt landstingsplanen ska verksamhetsinterna och externa vårdkedjor följas upp och utvärderas (21).

I intervjuer har det framkommit att följsamheten till fastställda rutiner ibland brister. Det gäller brister inom både primärvård och psykiatri. En avvikelse ska, enligt vårdutvecklaren inom psykiatrin, upprättas om inte överenskomna vårdkedjor följs. Enligt uppgift finns idag inget gemensamt forum att ta upp sådana avvikelser.

Tidigare hade område psykiatri och centrum för primärvård gemensamma ledningsgruppsmöten. Dessa upphörde, enligt uppgift, dels för att det ansågs att den landstingsdrivna primärvården inte var rätt gränsyta gentemot område psykiatri, utan det var hälsovalsenheten och dels för att gemensamma ledningsgruppsmöten upplevdes som fruktlösa.

Diskussioner har enligt uppgift förts om att tillskapa ett gemensamt forum för uppföljning av vårdkedjor, men det finns inga konkreta planer.

#### **Bedömning**

- Då det enbart är vårdgarantin som återredovisas i verksamhetsberättelse medför detta att en stor del av tillgängligheten till psykiatrin inte återredovisas till landstingsledningen. Detta är en brist i landstingsledningens egenkontroll av tillgängligheten till psykiatrisk vård och behandling. Vi anser att redovisningen bör kompletteras med redovisning av väntetid till PSE och utredningar och behandlingar inom område Psykiatri.
- Vi anser att det är viktigt att det sker en gemensam uppföljning av följsamheten av vårdkedjor för psykisk ohälsa för de vårdkedjor som är verksamhetsöverskridande. Vi rekommenderar att brister till följsamheten bör följas upp av en gruppering med representanter från både område psykiatri och primärvården. Denna grupp bör ha mandat att dels påtala brister till följsamheten till fastställda vårdkedjor inom både primärvården och område psykiatri och dels mandat att vidta nödvändiga åtgärder för att utveckla vårdkedjornas ändamålsenlighet. Detta som ett komplement till den befintliga egenkontrollen. Vi anser vi att det är en fördel ifall de privata hälsocentralerna också ingår i någon sådan gruppering.

- 
- Sjukskrivningar m.a.a. psykisk ohälsa är numera den vanligaste sjukrivningsorsaken. Förekomsten av suicid är sedan lång tid hög inom Jämtlands län. Av den anledningen finns det starka skäl för regionledningen att fokusera på att följa och säkerställa tillgängligheten till psykiatriska utredningar och behandlingar och följsamheten till fastställda vårdkedjorna fungerar.

Undertecknande

Östersund och 2015-01-16

Certifierad kommunal revisor

Ansvarig för kvalitetssäkring

Majvor Enström  
Revisionsdirektör  
Certifierad kommunal revisor

## 8 LITTERATURFÖRTECKNING

1. **Jämtlands läns landsting.** Bokslut 2014 - område Psykiatri.
2. **Susanne Anderö Wännström, Gunilla Noterius, Katarina Hellström.** *Förslag till verksamhetsutveckling gällande Psykosociala enheter i Jämtlands läns landsting.* 2013.
3. **Jämtlands läns landsting.** Förfrågningsunderlag - Hälsoval Jämtlands läns 2014. Dnr: LS/680/2013.
4. —. Fördjupad analys av suicid inom JLL, 2012-2013. [sammanst.] Ulrika Eriksson Karin Strandberg Nöjd.
5. —. Verksamhetsplan 2014 - landstingsdriven primärvård. 2014. Reg. nr. i Centuri: 15624-1.
6. —. Bokslut 2013 Centrum Primärvård. 2013. Dnr: LS/458/2013.
7. —. Bokslut 2014 - Centrum för primärvård.
8. —. Remisser skickade från pv 1/1-30/11 2013 samt 2014.
9. —. Handlingsöverenskommelse mellan primärvården och område psykiatri. 2015. Reg. nr i Centuri: 10132-1.
10. **Insektionen för vård och omsorg.** Anmälan enligt Lex Maria. 2014. Dnr:LS/1662/2013, LS/1258/2014, LS/759/2014, LS/1871/2013, LS/1126/2014, LS/761/2014.
11. **Inspektionen för vård och omsorg.** Anmälan enligt Lex Maria. Dnr: LS/1662/2013.
12. **Socialstyrelsen.** Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.
13. —. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. 2012. ISBN: 978-91-87169-50-2.
14. **Jämtlands läns landsting.** Zamsyn Suicidriskbedömning i primärvården. 2014. Reg. nr. i Centuri: 15420-1.
15. —. Zamsyn Depression. 2014. Reg. nr. i Centruri: 15781-1.
16. —. Primärvårdens och område psykiatri ansvar vid riskbruk, missbruk och beroende.
17. —. Vårdprogram ångessyndrom hos vuxna version 1. [red.] Tima Johansson, Essy Magnusson, Britt-Inger Nord, Jana Risk Kerstin Asplund. 2009-12-09.
18. —. Ansvarsfördelning och riktlinjer: Psykosocial resurs - specialistpsykiatri. [red.] Ingrid Holmström. 2009-01-23.
19. **Socialstyrelsen.** Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. .
20. **Jämtlands läns landsting.** Landstingsstyrelsen internkontrollplan 2014. Dnr: LS/349/2013.
21. —. REv. landstingsplan 2014-2015. Dnr: LS/504/2013.
22. **Socialstyrelsen.** *Öppna Jämförelser och utvärdering 2010 - Psykiatrisk vård - ett steg på vägen.* 2010. ISBN: 978-91-86585-26-6.
23. **Jämtlands läns landsting.** Handlingsplan Område Psykiatri 2014 - för att nå målen i verksamhetsplanen. [red.] Malin Andersson. 13-12-16.
24. —. Remisshantering Område Psykiatri. 2013. Reg. nr. Centuri: 10608-1.
25. **Bevakningsrutin sjuksköterska vid enhet/avd vid Område Psykiatri.**
26. **Jämtlands läns landsting.** Information ang riktlinjer för remisskonferens Intagningsenheten. [red.] Britt-inger Backus. 2012.
27. Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.
28. **Jämtlands läns landsting - Komunerförbundet Jämtlands läns.** Samarbetsformer gällande samordnad vårdplanering mellan Jämtlands läns landsting och kommunerna i Jämtlands län. 2008.