

LANDSTINGSREVISIONEN

Granskning av samverkan mellan vuxenpsykiatri och primärvården

Rapport nr 19/2015



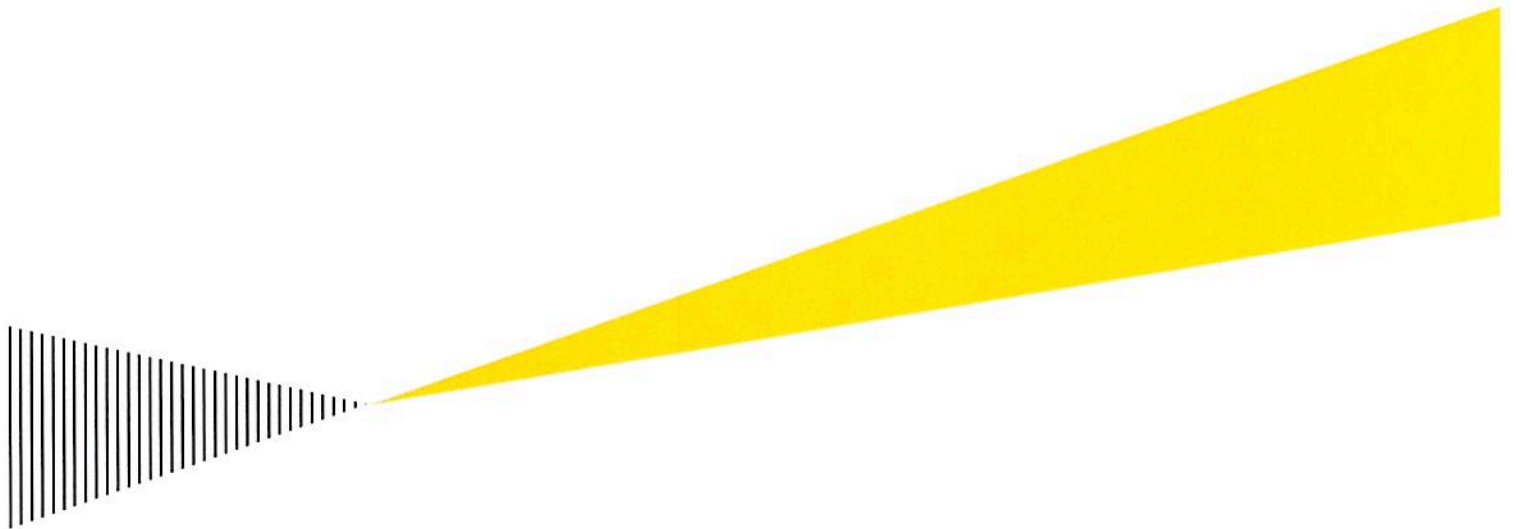
Mars 2016

Erik Söderberg, certifierad kommunal revisor, Ernst & Young AB

Dnr: REV 59:2-2015

Västerbottens läns landsting

Granskning av samverkan mellan
vuxenpsykiatri och primärvården



Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	4
2.1. Bakgrund.....	4
2.2. Syfte och revisionsfrågor	4
2.3. Avgränsning	5
2.4. Ansvariga nämnder och styrelser	5
2.5. Revisionskriterier.....	5
2.6. Genomförande	6
3. Styrning	7
3.1. Uppdrag och organisation	7
3.2. Styrdokument.....	9
3.3. Resultat utifrån genomförda intervjuer avseende styrning	11
3.4. Vår bedömning.....	12
4. Samverkan i praktiken	13
4.1. Resultat utifrån genomförda intervjuer avseende samverkan i praktiken	13
4.2. Vår bedömning.....	14
5. Uppföljning	16
5.1. Uppföljning av tillgänglighet och kompetens.....	16
5.2. Övrig uppföljning	20
5.3. Vår bedömning.....	21
6. Samlad bedömning	22
6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna	22
6.2. Slutsats och rekommendationer	24
Bilaga 1: Besök till beteendevetare under 2015 per hälsocentral.....	25
Bilaga 2: Förteckning över intervjupersoner.....	26
Bilaga 3: Litteratur och dokumentförteckning	27

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Västerbottens läns landsting granskat om landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt att det finns en ändamålsenlig samverkan mellan den psykiatriska verksamheten vid länets tre sjukhus och primärvården.

Vår sammanfattande slutsats, utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning, är att landstingsstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnden inte säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll avseende hur samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatri bedrivs.

Granskningen visar att det saknas styrning inom området, såväl politiskt som från tjänstemannaledningen. Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har inte fastställt mål och har ingen klar ledning av samverkansarbetet. Det arbete som har skett för att förtydliga arbetsfördelningen och gränsdragningen mellan primärvården och vuxenpsykiatri har skett på initiativ av verksamheterna. Samtidigt visar granskningen att det saknas någon som är ansvarig för att följa upp och revidera beslutade arbetsfördelningar mellan primärvården och psykiatri, trots att datumet för omarbetning och revidering av beslutade dokument passerats. Vi bedömer att landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden inte säkerställt en fungerande gränsdragning mellan första linjevården och specialistvården, vilket leder till otidigheter i verksamheterna och försvårar arbetet med samverkan.

Bristen på styrning upplevs av de intervjuade resultera i en brist på samsyn när det gäller hur ansvaret för patienterna ska fördelas mellan primärvården och vuxenpsykiatri. I avsnitt fyra beskrivs exempel på brister i samsyn och samarbete utifrån både primärvårdens och vuxenpsykiatri perspektiv.

Landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning är enligt vår bedömning svagt utvecklad. I landstingsstyrelsens uppföljning av hälsovalet framgår ingen uppföljning kring hur samverkan fungerar mellan primärvården och vuxenpsykiatri. Tillgänglighet i form av besök eller tillgång till beteendevetare är inte heller något som följs upp av landstingsstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsnämnden följer i delårsrapporter och helårsrapport upp tillgängligheten för specialiserad vård utifrån vårdgarantiläge, dvs. andel väntande 0-90 dagar. Vi bedömer att uppföljningen behöver nyanseras och brytas ned på såväl sjukhus som avdelningsnivå för att nämnden ska kunna analysera och bedöma vilka åtgärder som är lämpliga att vidta. Hälso- och sjukvårdsnämnden följer inte hur samverkan fungerar mellan vuxenpsykiatri och primärvården, vilket är en brist.

I hälso- och sjukvårdslagens 28 § framgår bland annat att ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården. Granskningen visar att tillgängligheten till vuxenpsykiatri försämrats det senaste året i Umeå och Skellefteå och att hälsocentralerna har mycket varierande förutsättningar att erbjuda beteendevetenskaplig kompetens. Patientnämndens protokoll visar att antalet hand-

lagda personärenden avseende psykiatrikliniken vid Norrlands universitetssjukhus ökat rejält under 2015 och visar en fortsatt stigande tendens. Vi bedömer att landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka sin uppföljning för att kunna säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- Klargöra hur samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatri ska bedrivas.
- Utveckla och stärka uppföljningen avseende hur gränsdragning och samverkan fungerar mellan primärvården och vuxenpsykiatri.
- Prioritera arbetet med att utveckla en gemensam förståelse och tolkning av styrande dokument och riktlinjer för att uppnå en större samsyn inom området.

Vi rekommenderar landstingsstyrelsen att:

- Säkerställa att hälsocentralerna har tillgänglighet samt kompetens för att fullgöra sitt uppdrag inom området för psykisk ohälsa.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Organisationen av vård för personer med psykisk ohälsa eller sjukdom är komplex och bygger på samverkan. Målgruppen är heterogen och innefattar både personer som är högfungerande och personer med stora kognitiva och beteendemässiga svårigheter som kan ha både omfattande och olikartade behov. För att personer med psykisk ohälsa eller sjukdom ska kunna få en kvalitativ och adekvat vård bör de samlade resurserna användas så att rätt kompetens kopplas in med hänsyn till det aktuella behovet. För att det ska kunna ske krävs att specialistpsykiatri och primärvården samverkar och möter individen med lämplig hjälp.

Revisorerna har i granskningsplan för år 2015 beslutat att genomföra en granskning av samverkan mellan vuxenpsykiatri och primärvården.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att undersöka om landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt att det finns en ändamålsenlig samverkan mellan den psykiatriska verksamheten vid länets tre sjukhus och primärvården.

Granskningen delas in i tre områden:

1. Styrning

- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det finns formellt beslutade styrdokument för samverkan mellan den psykiatriska verksamheten vid länets sjukhus och primärvården?
- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det finns rutiner och handlingsplaner på operativ nivå för samverkan mellan den psykiatriska verksamheten vid länets sjukhus och primärvården?
- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det på annat sätt, exempelvis organisatoriskt, finns en samverkan mellan den psykiatriska verksamheten vid länets sjukhus landstinget och primärvården?
- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att verksamheterna inhämtat information från patienterna om hur samverkan fungerar utifrån ett patientperspektiv och hur samverkan skulle kunna utvecklas?
- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det finns en fungerande gränsdragning mellan första linjevården och specialistvården?

2. Samverkan i praktiken

- Har företrädare för den psykiatriska verksamheten vid länets sjukhus och företrädare för primärvården en samsyn om hur ansvaret för patienterna är fördelat?

- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det vid verksamhetsförändringar finns en fungerande process mellan psykiatriska verksamheten och primärvården?
- Finns det delar av samverkan som inte fungerar?

3. Uppföljning

- Vilken tillgänglighet har den psykiatriska verksamheten vid länets sjukhus?
- Vilken tillgänglighet har primärvården för patienter med psykisk ohälsa?
- Har hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att den psykiatriska verksamheten vid länets sjukhus har en tillfredsställande personal och kompetensförsörjning?
- Har landstingsstyrelsen säkerställt att hälsocentraler har en tillräcklig psykiatrisk, psykologisk och beteendevetenskaplig kompetens för att fullgöra sitt uppdrag inom området för psykisk ohälsa?
- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden hållit sig informerade om hur samverkan fungerar mellan den psykiatriska verksamheten vid länets tre sjukhus och primärvården?
- Vid förändringar av ansvarsförhållanden mellan vuxenpsykiatri och primärvården – har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden hållit sig informerad om effekter för patienter, ekonomi m.m.?
- I händelse av avvikelser eller om samverkan inte fungerar som den ska, har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden agerat i syfte att åtgärda bristerna?

2.3. Avgränsning

Granskningen innefattar inte rättspsykiatri. Granskningen omfattar inte heller den samverkan som sker med övriga aktörer utanför landstingets organisation, som exempelvis kommuner, försäkringskassa och arbetsförmedling i frågor som rör vård och omsorg för människor med psykisk ohälsa.

2.4. Ansvariga nämnder och styrelser

Granskningen avser landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden.

2.5. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, bedömningar och slutsatser. Revisionskriterierna kan hämtas från lagar och förarbeten eller interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning.

I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), 28-29 §
 - I HSL 28 § framgår att ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.
 - I HSL 29 a § framgår att verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten.
- Kommunallagen (KL), 6 kap. 7 §
 - I KL 6 kap. § 7 framgår att nämnder och styrelser ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnder och styrelser ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.
- Patientlagen 6 kap. 1 §
 - Av Patientlagens 6 kap. 1 § framgår att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses och att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.
- Reglemente för landstingsstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnden samt övriga uppdrag och mål avseende vuxenpsykiatri.
 - Dessa dokument beskrivs i avsnitt 3.
- Teorier från forskning som behandlar samverkan mellan välfärdsorganisationer
 - Dessa refereras kortfattat i rapportens bedömningsavsnitt.

2.6. Genomförande

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer med representanter för primärvården samt vuxenpsykiatri. I bilaga 2 framgår intervjuade personer.

Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

3. Styrning

3.1. Uppdrag och organisation

3.1.1. Primärvården

Av reglementet för landstingsstyrelsen framgår att styrelsen har verksamhetsansvar för verksamhetsområdet Primärvård. Vidare framgår att styrelsen ska företräda landstinget som beställare av primärvård. Styrelsen ska lämna förslag till fullmäktige avseende uppdrag och ersättningssystem för primärvården, träffa överenskommelse respektive avtal med utförare av primärvård och svara för uppföljning av hur uppdraget uppfylls. Landstingsstyrelsen är således både beställare av Hälsoval Västerbotten och verksamhetsansvarig för landstingets hälsocentraler.

I landstingsstyrelsens verksamhetsplan 2015, som styrelsen beslutade om 2014-12-17/§433, finns det inte några specifika mål avseende samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatri.

I primärvårdens verksamhetsplan 2015 framgår under rubriken "våra viktigaste mål 2015" att vården ska förbättras för patienter med psykisk ohälsa. En aktivitet kopplad till målet är att utarbeta relevanta mål för området. I verksamhetsplanen framgår vidare att ett nyckeltal som ska följas under året är "tillgänglighet till beteendevetenskaplig kompetens för personer över 65 år med psykisk ohälsa".

Vid granskningstillfället finns det totalt 32 offentliga och 7 privata hälsocentraler/sjukstugor, varav 13 offentliga och 5 privata i Umeåområdet, 11 offentliga och 1 privat i Skellefteåområdet samt 8 offentliga och 1 privat i södra Lappland.

3.1.2. Vuxenpsykiatri

Av reglementet för hälso- och sjukvårdsnämnden framgår att nämnden har verksamhetsansvar för bland annat verksamhetsområdet Medicin, där de psykiatriska klinikerna och mottagningarna i länet ingår. I Västerbotten finns psykiatrisk verksamhet i Storuman och Vilhelmina samt vid sjukhusen i Lycksele, Skellefteå och Umeå.

I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2015, beslutad av nämnden 2014-10-23/§117 samt reviderad 2014-12-16/§135, finns det inte några specifika mål avseende samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatri. I mål och indikatorer som tillhör verksamhetsplanen framgår vid rubriken effektiviseringar en generell skrivning om att samarbete med primärvård och kommuner ska utvecklas. Det framgår inga aktiviteter eller nyckeltal kopplat till skrivningen.

I aktivitetsplan 2015 för den psykiatriska kliniken i Umeå nämns primärvården och dokumenten avseende arbetsfördelning mellan primärvård och psykiatri i relation till att "alla verk-

samheter ska bidra till utvecklingsarbete för att förbättra vårdflödet”. Det framgår inte något mål eller vad som ska följas upp utan dokumenten nämns endast generellt under rubriken ”aktiviteter”.

I aktivitetsplan 2015 för Skellefteå och södra Lapplands psykiatriska klinik framgår inga specifika uppdrag eller aktiviteter avseende samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatri.

3.1.3. Forum för samverkan

I granskningen framkommer att det finns utsedda allmänläkarkonsulter i primärvården som har kontakt med specialistsjukvården. Respektive allmänläkarkonsult träffar specialistklinik och diskuterar aktuella frågor som exempelvis gränsdragningar mellan specialistvård och primärvård. Allmänläkarkonsulterna, cirka 13 stycken i länet, träffas 3 gånger per termin och bereder frågor och informerar varandra från kontakterna med respektive specialistklinik. Allmänläkarkonsulterna kan besluta om åtgärder som ryms inom ramen för den ordinarie verksamheten. Om åtgärder innebär ökade kostnader för någon verksamhet lyfts frågan till respektive chefsled inom primärvården och specialistsjukvården. Innebär diskuterade åtgärder en total kostnadsökning uppges att frågan skall lyftas till den politiska nivån.

Vid intervju med allmänläkarkonsulten som svarar för kontakterna med psykiatri beskrivs att uppdraget är utmanande, då det inte finns någon avsatt tid i den ordinarie tjänsten för att utföra uppdraget. Kontakterna med psykiatri uppges ha försvårats av att psykiatrikliniken i Umeå bytt ledning. Vidare beskrivs ett önskemål om att uppdraget borde vara mer lokalt, då samverkan med övriga länet är svårt att hinna med. Att representationen från övriga länet i allmänläkarkonsultgruppen kan förbättras bekräftas vid intervju med samordnaren för medicinskt ansvariga läkare tillika allmänläkarkonsult för ortopedi, kirurgi samt radiologi och funktionsmedicin, som uppges att det ofta är 7-8 allmänläkarkonsulter utav 13 som ses vid de månatliga mötena i gruppen.

Ytterligare ett forum för kontakt mellan primärvård och specialistvård är att det inom primärvården finns verksamhetschefer som är utsedda som kontaktpersoner mot klinikerna. Vid intervju med ansvarig kontaktperson mot psykiatri uppges att det genomförts två träffar under cirka två år med psykiatrikliniken i Umeå. Förändringsviljan har upplevts som begränsad hos psykiatri varför kontaktpersonen uppges att motivationen till att ha regelbunden kontakt inte är särskilt stor.

Vuxenpsykiatri i Umeå framför att det på klinisk nivå har genomförts kontinuerliga träffar med psykiatrisjuksköterskor i primärvården en gång per termin. Vidare uppges att handledning samt konsultationer av psykiatriker har erbjudits till psykiatrisjuksköterskorna men att det nu är uppehåll i detta. Kliniken uppges dessutom att utbildningstillfällen erbjuds men att psykiatrisjuksköterskorna inte alltid deltar på dessa.

Primärvården samt vuxenpsykiatri möts även när det gäller vissa patientgrupper och patientärenden utifrån samverkansöverenskommelser på både länsnivå samt lokal nivå. Överenskommelserna ser olika ut i länet men exempel på aktörer som ingår är utöver pri-

märvården och psykiatri exempelvis kommunerna i form av socialtjänsten, försäkringskassan, arbetsgivare samt arbetsförmedling.

3.2. Styrdokument

3.2.1. *Hälsoval Västerbotten 2015*

Av Uppdrag och regler för Hälsoval Västerbotten 2015¹ framgår att Hälsocentralen har det primära ansvaret d.v.s. är första linjen för bedömning och behandling av psykisk ohälsa för alla åldersgrupper. Vidare anges att vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt arbete gällande livsstilsfrågor vilket inkluderar bland annat att arbeta med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder inom psykosocial hälsa. Avseende kompetens anges att vårdgivaren ska inneha "beteendevetenskaplig kompetens, företrädesvis socionom/psykolog/psykoterapeut eller motsvarande med adekvat påbyggnadsutbildning för att förebygga och behandla psykisk ohälsa samt för rehabiliteringsprocessen".

3.2.2. *Arbetsfördelning mellan primärvård och psykiatri*

På intranätet i systemet Linda finns under vårdpraxis för psykiatri tre dokument som berör arbetsfördelning mellan primärvård och psykiatri (APP). Dokumenten kallas APP 1, APP 2 samt APP 3 och har arbetats fram av representanter från primärvården samt psykiatrikliniker och därefter beslutats i landstingets Exekutiva ledningsgrupp (ELG).

APP 1 berör arbetsfördelning mellan primärvård och psykiatri i insatser till vuxna personer (18 år och äldre) med psykisk ohälsa. I sammanträdesanteckningarna från ELG framgår att primärvård och psykiatri har många gemensamma patienter där flödet mellan verksamheterna är relativt stort. Vidare anges att det ibland är svårt att precisera ansvarsfördelning mellan primärvården och psykiatri då diagnosen i sig inte alltid säger var patienten bör behandlas. Det uppges att patienten tidvis kan behöva behandling eller vård inom psykiatri och dessemellan i primärvården, vilket kräver tydliga rutiner för överföring av patientärenden. I APP:en beskrivs rutiner för hälso- och sjukvårdsinsatser till personer med lindrig eller måttlig psykisk ohälsa avseende ett flertal områden som exempelvis depression, ångestsyndrom, kriser, posttraumatiskt stressyndrom med flera. I APP:en framgår att den skall omarbetas senast 2015-04-25. I ELG:s beslut, 2013-12-02/§128, framgår att ledningsgruppen godkänner förslaget till arbetsfördelning samt att ledningsgruppen förordar att APP 1, 2 och 3 slås samman till ett samordnat styrdokument som läggs in i ledningssystemet.

APP 2 berör arbetsfördelning mellan primärvård och psykiatri avseende insatser till patienter med psykisk funktionsnedsättning. I APP:en framgår att överenskommelsen rör insatser till vuxna personer (18 år och äldre) som har en psykisk funktionsnedsättning med väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och att dessa begränsningar har funnits, eller kan antas bestå, under en längre tid. Funktionsbegränsningarna och de funktionshinderande faktorerna ska vara orsakade av psykisk ohälsa. I APP:en beskrivs rutiner för hälso- och sjukvårdsinsatser till personer med psykisk funktionsnedsättning avseende dia-

¹ Beslutad av landstingsfullmäktige 2014-11-25--26, § 269.

gnoser som exempelvis bipolära syndrom, schizofreni, ätstörningar, ADHD samt Asperger. I APP:en framgår att den skall omarbetas senast 2014-12-31. APP 2 beslutades av ELG 2012-11-19/§91.

APP 3 berör arbetsfördelning mellan primärvård och psykiatri avseende vård av personer med riskbruk, missbruk och beroende av alkohol, läkemedel och narkotika. I APP:en beskrivs psykiatriens samt primärvårdens uppdrag för patientgruppen i form av olika punktlister. APP:en skall omarbetas senast 2014-12-31 och den beslutades av ELG 2012-11-19/§92.

Utöver APP dokumenten finns det på intranätet vid vårdpraxis avseende psykiatri några övriga dokument som exempelvis berör vilken typ av utredning och information primärvården skall genomföra och inkludera i remisser, till exempel avseende *utmattningssyndrom* samt *underlag inför remiss till Psykiatrisk klinik för bedömning av ADHD/ADD diagnos*.

3.2.3. Projekt Balans

Vid granskningens intervjuer framkommer att ett generellt beslut om överföringar av 15 000 patienter från specialistsjukvården till primärvården fattats inom "Projekt Balans". Enligt uppgift innebär det för psykiatrien cirka 800 patienter som skulle överföras. Detta beslut fattades enligt uppgift i samband med beslutet av rapporten kring arbetet med Projekt Balans, i landstingsstyrelsen 2012-10-10/§184. I ärendet anges att landstinget under 2012 behöver effektivisera verksamheten med cirka 150 Mkr för att uppnå en budget i balans. Det framgår vidare att det i landstingsplanen inleddes ett utformande av projektinnehållet enligt följande huvudinriktningar:

- Stärkt vård nära patienten
- Förbättrad kvalitet och patientsäkerhet
- Fokus på effektivitet och utveckling
- Utvecklat samarbete och processer
- Stärkt ledning och tydligare strukturer

När det gäller resurser till primärvården uppges i underlaget *planering och budget 2015, med utgångspunkt i landstingsplan 2012-2015* att fullmäktige ökat primärvårdens ram med totalt 38 miljoner kronor för budgetåren 2012-2014. För 2015 utökas den med ytterligare 20 miljoner kronor för bland annat förstärkningar av glesbygds- och litenhetsfaktorn i primärvårdens ersättningsmodell.

Under granskningen genomförande uppges att arbetet med att överföra vård från sjukhusvård till primärvård pausats på grund av den ansträngda situationen i primärvården. Vid frågan om var beslutet fattats hänvisas till ett pressmeddelande från majoriteten, 2015-05-08. I pressmeddelandet framgår att överförandet ska pausas och att en översyn istället ska prioriteras av vårdprocessen mellan primärvård och sjukhusvård ur ett patientperspektiv för att förbättra kvaliteten och patientsäkerheten. Det uppges även att det kan bli aktuellt att göra en del strukturella förändringar inom primärvården samt att bilda fler länskliniker inom sjukhusvården för att ge ökade förutsättningar att effektivisera verksamheten.

3.3. Resultat utifrån genomförda intervjuer avseende styrning

Av granskningens intervjuer framkommer en samstämmig bild av att det upplevs att det saknas styrning inom området, såväl från tjänstemannaledningen som politiskt. Bristen på styrning upplevs resultera i en brist på samsyn när det gäller psykiatri i länet. Exempelvis nämns att mycket är beroende på vilken kompetens som finns på hälsocentralerna. Det nämns också att det tydligare skulle kunna uttryckas att arbetet med psykisk ohälsa är prioriterat och därmed tillse att det finns tillräckligt med legitimerad personal på hälsocentralerna för att arbeta med målgruppen. Ett annat exempel på bristande styrning uppges vara att det saknas någon som är ansvarig för att följa upp och revidera beslutade arbetsfördelningar mellan primärvården och psykiatri, trots att datumet för omarbetning och revidering av beslutade dokument passerats.

När det gäller APP:arna uttrycks att det är bra att det finns något på papper att utgå ifrån och som det går att diskutera, eller som flera uttryckte det, "bråka om". Synpunkterna kring APP:arna och gränsdragningarna varierar såväl inom länet som mellan klinikerna och hälsocentralerna. Exempelvis uttrycks från primärvården i Skellefteå och södra Lappland att det upplevs som att arbetsmodellen utgår ifrån en "stadsmodell", där alla förutsätts göra likadant, men där resurser och behov, och därmed förutsättningar, skiljer sig åt inom länet. Både primärvården och psykiatri uppges att APP:arna i flera fall är okända bland flera distriktsläkare och önskar att dokumenten kommuniceras ut tydligare via linjeorganisationen.

Flera av de intervjuade inom primärvården anser att APP:arna släpar efter och beskriver en gammal och inaktuell verklighet, som inte är förankrad i primärvårdens behov och patienterna. Det upplevs som att sjukdomspanoramat har förändrats, med accelererande psykisk ohälsa, vilket gör att uppdraget för primärvården inte hänger ihop med befintlig kompetens- och resursfördelning på hälsocentralerna. Av intervju med ansvarig läkare vid framtagandet av APP 3 beskrivs att arbetet mycket handlade om vad primärvården kunde göra och att det mer eller mindre upplevdes som en "beordrad överföring" av patienter. En annan distriktsläkare uppges att det som regleras i APP:arna kliver över tidigare gränssnitt och innebär att hälsocentralerna ska utföra saker som det inte finns kompetens eller resurser till. Benämningar som "lätt till måttlig" upplevs leda till otydligheter i tolkningar och kring vem som ska göra vad. Detta understryks vid intervjuer med psykiatri, som beskriver att det vid flera fall är svårt att avgöra utifrån APP:arna vad som är skillnaden mellan första linjen och specialistpsykiatri. Psykiatri anser även att APP:arna bör kopplas tydligare till de nationella riktlinjerna inom respektive område.

När det gäller Projekt Balans uppges i intervjuerna att överföringen och beslutet från 2012 först nu börjar få rejält genomslag. Exempelvis nämner psykiatri i Umeå att de är inne i ett specialiseringsarbete som kommer att smälta av såväl "nyckelhålet" in till kliniken som avgränsningen för när patienter är färdigbehandlade, vilket uppges komma att få konsekvenser för primärvården.

3.4. Vår bedömning

Grundläggande förutsättningar som nämns för att få till ett välfungerande samverkansarbete är att samverkan har en klar och tydlig ledning, tydliga och uttalade mål, tillräckliga resurser samt att skillnaderna i synsätt, organisation och regelverk mellan de samverkande har identifierats. Ett bestående samverkansarbete kräver en långsiktig utvecklingsprocess där samtliga aktörer deltar i utvecklingsarbetet med ett stort engagemang^{2 3}. Vår bedömning är att styrningen av samverkan mellan vuxenpsykiatri och primärvården är otillräcklig. Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har inte fastställt mål och har ingen klar ledning av samverkansarbetet. Det arbete som har skett för att förtydliga arbetsfördelningen och gränsdragningen mellan primärvården och vuxenpsykiatri har skett på initiativ av verksamheterna. Granskningen visar att det efter framtagandet av arbetsfördelningarna inte har skett någon revidering av dokumenten eller någon utveckling av de utvecklingsområden som identifierades. Vi bedömer att landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden inte säkerställt en fungerande gränsdragning mellan första linjevården och specialistvården, vilket leder till otydligheter i verksamheterna och försvårar arbetet med samverkan.

² Danermark, B. (2000). *Samverkan – himmel eller helvete*. Stockholm: Gothia.

³ Eriksson, A., Lindencrona, F., Olsson, I., Puskeppelit, M. (2007). Intersektoriell samverkan i utvecklingsprojekt – en jämförande analys. I Axelsson, R & Bihari Axelsson, S (red.). *Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. s. 87-121. Pozkal, Polen: Studentlitteratur.

4. Samverkan i praktiken

4.1. Resultat utifrån genomförda intervjuer avseende samverkan i praktiken

Av intervjuerna framkommer att samsynen om hur ansvaret för patienterna är fördelat mellan primärvården och vuxenpsykiatri varierar i länet. Generellt lyfts fler kritiska synpunkter på samarbetet i Umeåområdet, där statistiken i avsnitt 5 också visar att belastningen är som högst. Exempel på brister i samarbetet som lyfts fram är att distriktsläkarna uppger att de patienter som de remitterar inte alltid får träffa en specialistkompetent kollega och att remisserna har bedömts av andra personalkategorier än läkare/psykolog. Vidare uppges att patienter avslutas från psykiatri på oklara grunder, t ex att deras kontaktperson går i pension eller att de inte kommit på inplanerade besök. Distriktsläkarna anger att det enligt APP:arna är fastställt att patient som avslutas skall ha träffat psykiatriker senaste månaden, vilket nästan aldrig uppges vara fallet. Vidare framförs att det ofta är oklart vem som tagit beslut att patienten ska avslutas och att utremissen får skrivas av underläkare som ibland inte ens träffat patienten.

Andra synpunkter som lyfts från primärvårdens representanter i Umeåområdet är att det kan vara väldigt svårt att få en patient inskriven till psykiatrikliniken. En verksamhetschef vid hälsocentralen uttryckte; *"det finns inte någon patient som kommer in om man inte bedriver en rättsprocess mot dem"*. Vidare beskrivs att fördelningen av patienter är skev och som exempel nämns att vuxenpsykiatri upplevs hantera för många "lätta" patienter, t ex med ångestsyndrom, medan svårare patientgrupper med t ex psykotiska och bipolära syndrom överförs till primärvården.

Från vuxenpsykiatri framförs att primärvården i stor utsträckning upplevs behandla symptom istället för att hitta orsaken till problemet. Vidare uppges att antalet psykologiska behandlingar i första linjen inte är tillräckligt utan det upplevs att många patienter remitteras innan tillräcklig behandling prövats. Vuxenpsykiatri i Umeå upplever att det blivit en förskjutning av målgruppen för psykiatrisjuksköterskorna och att de nu också får hantera första linjens patienter. Tanken när det tillsattes psykiatrisjuksköterskor i primärvården uttrycks ha varit att stödja patienter med psykiska funktionsnedsättningar, i syfte att förbättra den somatiska hälsan samt möjliggöra för patienten att komma till sin hälsocentral. Vidare uttrycks från vuxenpsykiatri i Umeå att det finns bristande intresse och vilja hos läkargruppen att kompetensutveckla sig i läkemedelshantering samt bemötande förhållningssätt för patienterna i målgruppen. Denna kompetens upplevs som viktigt då vuxenpsykiatri uppger att målgruppen har rätt att få vård på sin hälsocentral när de befinner sig i stabil fas.

Psykiatri upplever, liksom primärvården, att det är svårt att remittera patienter. Gällande innehållet i remisser finns även här kritiska synpunkter från båda håll. Då mycket av dialogen sker genom remissförfarandet uttrycks bristande information i remisserna vara en källa till frustration och osäkerhet. Exempelvis nämns från vuxenpsykiatri att det i remisserna inte alltid framgår vilken behandling som provats och genomförts och att underlaget generellt är bristfälligt i flera fall. Från primärvårdens representanter uppges att det är svårt att få något

svar kring vad den preliminära väntetiden är för remitterade patienter, då det endast står prioritet 1, 2 eller 3 på bedömd remiss. Detta uppges innebära att primärvården får betala för specialistnivåns väntetider, då ansvaret för patienten inte överförs förrän efter bedömnings-samtalet. Vidare uppges från primärvårdens psykologer att det som konsekvens av detta är svårt att bedriva kognitiv beteendeterapi utan att kunna sätta upp mål och berätta för patienten hur lång tid det är kvar till specialistbesöket. De långa väntetiderna inom framförallt neuropsykiatrik uppges leda till att vård på fel nivå får bedrivas under lång tid.

Från flera av de intervjuade i länet uppges att något som försvårar samverkansarbetet är den bristande tillgängligheten till psykiatrik och svårigheten att ha direktkontakt med varandra inom vården. Exempelvis nämns att det är samma telefonnummer för både vårdpersonal och patienter, vilket gör att det ofta är upptaget. Det saknas även telefonkösystem och såväl verksamhetschef som psykiatrissjuksköterska framför att det vid behov av läkarbedömning för t. ex. psykospatienter är mycket svårt att nå psykiatriker. Detta upplevs ha blivit än svårare med det nya mottagningssystemet, "en väg in", vilket uppges leda till längre väntetid för patienten och mer arbetstid för psykiatrissjuksköterskan. Detta beroende på att ärendet först ska presenteras för mottagningssköterskan som ska vidarebefordra till psykiatriker, som sedan skall återkoppla, vilket inte alltid uppges vara fallet.

Övergripande kritik framförs mot förutsättningarna för att kunna samverka. Exempelvis nämns att det vid förändringen av ansvarsfördelningen och överförandet av patienter inte genomfördes några konsekvensanalyser. Detta uppges resultera i att primärvården inte identifierat sig med uppdraget utifrån APP:arna och varken bemannat eller fått tillräckliga resurser för att kunna utföra uppdraget. Här lyfts även barn- och ungdomspsykiatrik fram som ett talande exempel. Av intervjuade distriktsläkare uppges detta vara en orsak till att många medarbetare som det uttrycktes, "*flyr verksamheten*", då förutsättningarna för att kunna utföra uppdraget upplevs som mycket begränsat. Vuxenpsykiatrik lyfter också personalsituationen och uppges att avsaknaden av bland annat psykiatriker är en utmaning, då många stafettläkare leder till sämre kontinuitet och behandling för patienterna.

Ytterligare övergripande reflektioner som framförs kring arbetet med samverkan är att primärvården upplever sig som en väsentligt svagare motpart i förhållande till vuxenpsykiatrik. Detta gäller exempelvis i utredningsarbete som framtagande av APP:arna men även i generella samverkansmöten. Det beskrivs att vuxenpsykiatrik ofta har flera personer med olika infallsvinklar med i uppdragen, medan primärvården inte har resurser att mönstra en liknande uppsättning, vilket upplevs leda till en obalans i förhandling och diskussion.

4.2. Vår bedömning

Enligt Socialstyrelsen visar den generella kunskap som finns om framgångsfaktorer och hinder i samverkan att god och stabil samverkan förutsätter tre delar; styrning, struktur och samsyn⁴. Vår bedömning utifrån granskningens intervjuer är att det utöver bristande styrning och struktur i flera fall finns en bristande samsyn i arbetet mellan primärvården och vuxenpsykiatrik. Samsyn förutsätter kontaktytor och kommunikation för att upparbeta goda pro-

⁴ Strategi för samverkan. Kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Socialstyrelsen 2007.

fessionella relationer och skapa kunskap om varandras uppdrag, resurser och begränsningar. Vi bedömer att landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden behöver förbättra arbetet med styrning och struktur, för att skapa förutsättningar för samsyn och välfungerande samverkansarbete mellan primärvården och vuxenpsykiatri.

5. Uppföljning

5.1. Uppföljning av tillgänglighet och kompetens

5.1.1. Primärvården

Det nyckeltal som följs upp när det gäller tillgänglighet för patienter med psykisk ohälsa inom vuxenpsykiatri är enligt primärvårdens verksamhetsplan och delårsrapport "tillgänglighet till beteendevetenskaplig kompetens för personer över 65 år med psykisk ohälsa". Den uppföljning som gjorts under året i delårsrapport 1 för primärvården visar att personer äldre än 65 år i genomsnitt gjort 6,8 besök/1 000 listade under årets första fyra månader. Vidare anges att variationen mellan olika enheter är stor, från 0 till 46 besök/1 000 listade. Orsaken till variationen uppges vara oklar och kommer att följas upp under året. Vid intervju med primärvårdschefen uppges att orsakerna ännu inte var utredda vid granskningens genomförande men att det ska göras inför årsrapporten. När det gäller tillgänglig kompetens framgår att primärvårdschef samt strateg informerade om primärvården på landstingsstyrelsen 2015-02-04. Av protokollet framgår att informationen avseende medarbetare beskrev att primärvården har brist på distriktsläkare, specialistsjuksköterskor, läkarsekreterare samt i viss mån undersköterskor. Vidare anges i protokollet att 40% av distriktsläkartjänsterna är vakanta och att ett stort antal pensionsavgångar är att vänta de närmaste åren.

För att få en uppfattning av tillgänglig beteendevetenskaplig kompetens vid hälsocentralerna går det att hämta statistik från vårddatasystemet avseende antalet kuratorer och psykologer. I tabell 1 presenteras antalet budgeterade tjänster samt utfall för kuratorer och psykologer för 2015.

Tabell 1. Antalet budgeterade tjänster samt utfall för kuratorer och psykologer per Hälsocentral för 2015

Hälsocentral	Kuratorer		Psykologer	
	Budget	Utfall	Budget	Utfall
57013 Anderstorps HC	0,75	0,63	2	1,01
57014 Heimdalls HC	1,55	1,37		
57015 Erikslids HC			1	0,76
57016 Bureå HC			0,5	0,16
57018 Lövångers HC	0,2	0,43	0,2	0,13
57019 Skelleftehamns HC			1	0,92
57020 Tegs HC	2	1,6	0,85	0,65
57022 Norsjö HC	0,45	0,43		
57024 Bolidens HC ⁵				
57028 Byske HC			0,75	0,54
57030 Ålidhems HC	1	0,83	2,8	2,29
57040 Sävar HC	0,35	0,14	0,4	0,52
57050 Holmsunds HC	0,4	0,3	0,4	0,3
57060 Hörnefors HC	0,6	0,53	0,25	0,2
57070 Mariehems HC	0,85	0,7	2,15	2,02
57080 Backens HC	1	0,57	0,3	0,22
57090 Bjurholms HC	0,2	0,12		
57100 Nordmalings HC	0,7	0,55		0,05
57110 Robertsfors HC	0,3	0,7	0,2	0,34
57117 Burträsk HC			0,4	0,36
57120 Vännäs HC	0,6	0,42	0,2	0,09
57121 Vilhelmina sjukstuga	0,8	0,8	0,1	0,06
57122 Åsele sjukstuga	0,25	0,33	0,05	0,03
57123 Dorotea sjukstuga	0,25	0,31	0,05	0,03
57124 Familjeläk Malå	0,33	0,29		0,22
57125 Morö backe HC	1	0,68	1,75	1,36
57126 Familjeläk Storuman	0,4	0,35	0,2	0,12
57127 Familjeläk Tärnaby	0,2	0,04	0,15	0,09
57129 Stenbergsska HC	1,15	1,47	0,1	0,06
57130 Vindelns HC	0,5	0,37		
57131 Familjeläk Sorsele	0,33	0,22		0,03
57140 Ersboda HC	0,75	0,41	0,25	0,24
Summa	16,91	14,59	16,05	12,8

⁵ Boliden har inte har någon budgeterad betendevevare och ej heller något utfall på dessa tjänster. Dock har de 30 besök gjorda under 2015. Anledningen är att de organisatoriskt hör ihop med Heimdall & Erikslid HC och personalen kan lånas mellan varandra medan besöken hamnar på den enhet som patienten besökt.

Den statistik som presenteras i tabell 1 visar att antalet budgeterade tjänster för kuratorer för 2015 uppgick till totalt 16,9 och att utfallet var 14,6⁶. Dessa siffror avser landstingsdrivna hälsocentraler. För psykologer var motsvarande siffror 16,1 i budgeterade tjänster jämfört med 12,8 i utfall. Variationen mellan hälsocentralerna är stor. Tre hälsocentraler, Heimdall, Teg, Stenbergsska, har ett utfall på mer än 1 heltidstjänst för kurator. När det gäller psykolog är det fyra hälsocentraler, Anderstorp, Mariehem, Morö-backe, Ålidhem, som har ett utfall på mer än 1 heltidstjänst för psykolog. Om kategoriernas slås samman visar statistiken att 8 av 32 hälsocentraler sammanlagt har 1 tjänst eller mer i utfall för beteendevetare under 2015. Hälften av hälsocentralerna har totalt 0.6 tjänst eller mindre i utfall för beteendevetare under 2015.

När det gäller besök till beteendevetare⁷ går det i vårddatasystemet att hämta totalt antal registrerade behandlingar hos beteendevetare under 2015 avseende samtliga hälsocentraler, både i egen samt extern regi. I bilaga 1 anges totala antalet behandlingar samt antalet behandlingar per 1000 listade rangordnat per hälsocentral. Statistiken visar att antalet besök till beteendevetare per 1000 listade varierar stort mellan hälsocentralerna, från 0 – 207 besök/1000 listade.

Av intervjuerna framkommer att de små deltidstjänsterna upplevs leda till en "snuttifiering" vilket inte upplevs skapa förutsättningar för rekrytering och professionalism. Vidare uppges av flera av de intervjuade att patienter som är i behov av samtal inte uppfattas som lukrativa för hälsocentralerna. Det nämns även exempel på att patienter själva listar om sig eller får tips om att lista om sig till hälsocentraler med större tillgång till beteendevetare.

5.1.2. Vuxenpsykiatri

I hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapporter samt årsrapport följs tillgängligheten för specialiserad vård. Tillgängligheten redovisas utifrån vårdgarantiläge, dvs. andel väntande 0-90 dagar. Det statliga resultatbaserade stimulansbidraget, Kömiljarden, avslutades 31 december 2014 men SKL och landstingen följer ändå grundkravet i Kömiljarden, andel väntande inom 60 dagar, vilket numera benämns Tillgänglighetsindikator. I delårsrapport per augusti 2015 för hälso- och sjukvårdsnämnden är tillgänglighetsindikatorn 46% för psykiatri (62% 2014) och 69% avseende vårdgarantiläget (80% 2014). Väntetidssamordnaren vid staben för planering och styrning uppger att det centralt inte sammanställs någon statistik per avdelning eller sektion utan att den lägsta nivån är sjukhus. I rapporteringen till hälso- och sjukvårdsnämnden framgår inte statistik per sjukhus utan endast för länet som helhet. För att få en uppfattning av tillgängligheten uppdelat utifrån den psykiatriska verksamheten vid länets tre sjukhus begärdes statistik från väntetidssamordnaren.

Figuren 1-4 nedan presenterar utvecklingen från januari 2013 fram till november 2015 av totalt antal väntande patienter samt antalet som väntat längre än 90 dagar inom vuxenpsy-

⁶ Utfall beräknas i heltid utifrån närvarotid under 2015.

⁷ I kategorin "beteendevetare" ingår Kuratorer, Psykologer samt PTP-Psykologer

kiatrin⁸. Statistiken presenteras dels för länet som helhet, dels uppdelat utifrån sjukhus i respektive geografiskt område.

Figur 1. Landstinget som helhet



Figur 2. Södra Lappland



Figur 3. Umeå



Figur 4. Skellefteå



Statistiken visar att det framförallt för Umeå har skett en successiv ökning av antalet väntande patienter från januari 2014. Vårdgarantiläget har gradvis försämrats sedan juli 2014. Skellefteå har framförallt haft en ökning i antalet patienter under 2015 medan södra Lappland inte visar någon tydlig trend under de tre åren. Vid intervjuer framkommer att klinikerna inte tar del av eller analyserar någon sammanställd statistik. Däremot har avdelningscheferna en känsla för vilka områden som främst bidrar till ökningen av antalet väntande patienter. I Umeå uppges att antal patienter ökar snabbast vid ångestmottagningen samt vid den affektiva mottagningen. I Skellefteå uppges verksamhetschefen att det framförallt är neuropsykiatrin som står för det ökade inflödet. Neuropsykiatriska utredningar avseende vuxna lyfts för övrigt upp som ett område från både psykiatrin och primvården där köerna växt kraftigt det

⁸ Totalt väntande= alla patienter med en bokning till ett öppenvårdsbesök. Kan vara remiss eller så kallad egenremiss.

Väntande längre än 90 dagar= räknas från upprättandet av bokning där väntetidsdagarna överstigit 90 dagar, exkluderat patienter som av någon anledning avvaktar besökstid pga. någon medicinsk orsak (stroke, hjärtinfarkt, fraktur etc.) men inkluderat patienter som avvaktar besökstid på egen begäran (semester, arbete etc.)
Vårdgarantiläge= antal patienter som väntar inom 90 dagar dividerat med totalt antal väntande patienter (exkl. medicinskt orsakad väntan)

senaste året. Överläkaren vid jour- och bedömningsenheten i Skellefteå uppger vid intervju att det är en strid ström av remisser som inkommer och att de neuropsykiatriska utredningarna i nuläget har 3-4 års väntetid. Vidare uppges att det inte finns någon prioritering i kön och att de i dagsläget får meddela att bedömningen görs kring år 2019-2020, vilket upplevs vara ohållbart. I Umeåområdet uppger psykiatrikliniken att väntetiden är cirka 18 månader medan intervjuade hälsocentraler uppger minst 2,5 års väntetid för neuropsykiatriska utredningar.

När det gäller tillgänglig kompetens framgår ingen särskild uppföljning i hälso- och sjukvårdsnämnden, förutom att det i delårsrapport per augusti nämns att en stor gemensam utmaning för hälso- och sjukvårdsnämndens verksamheter är kraftigt ökade kostnader för hyr-läkare, däribland psykiatriker. Respektive klinik har en god uppfattning om personalläget. I årsrapport 2014 för psykiatrisk klinik i Skellefteå och södra Lappland uppges att arbetet med rekrytering har pågått kontinuerligt under året med inriktning mot läkare, psykologer och sjuksköterskor. Det uppges vidare att det under året även uppstått en brist kring utbildade skötare och att personalbristen ledde till att avdelning 1 och beroendeavdelningen var tvungna att slås ihop under sommaren. Verksamhetschefen uppger i intervju att det är svårast att rekrytera överläkare samt sjuksköterskor och ibland även psykologer. I årsrapport 2014 för den psykiatriska kliniken vid Norrlands universitetssjukhus anges att det har varit svårt att rekrytera erfarna medarbetare, framförallt när det gäller specialistläkare och psykiatrisjuksköterskor. Verksamhetschefen uppger vid intervju att detta stämmer överens med nuläget. Enligt uppgift från landstingets personalstab var andelen vakanser vid granskningens genomförande 11 sjuksköterskor, 3 skötare samt 2,4 läkare.

5.2. Övrig uppföljning

Vid genomgång av protokoll i landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden avseende 2015 framgår inte att styrelsen och nämnden hållit sig informerade om hur samverkan utifrån APP:arna fungerar mellan vuxenpsykiatri och primärvården. Vid intervjuer med verksamheterna framförs att de samarbetsproblem som finns skulle kunna kommuniceras och synliggöras i högre utsträckning uppåt i organisationshierarkin. Vidare framförs att uppföljning utifrån hur patienterna upplever samverkan framförallt inhämtas reaktivt i form av avvikelserapportering. I delårsrapport 1 från primärvården uppges att det under våren 2015 bildats en gemensam organisation för avvikelseutredning inom landstingets primärvård. Detta innebär att fyra avvikelseutredare arbetar vardera 40 procent av heltid med att utreda avvikelser inom sitt geografiska område. Den gemensamma organisationen uppges ge förutsättningar för bättre analys av inkomna avvikelser och att utredning startar inom utsatt tid. I den nationella patientenkäten avseende primärvården som genomfördes hösten 2015 finns en fråga som berör kontinuitet och koordinering. I Västerbottens läns landsting ansåg 72,4% av de tillfrågade att *"personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver"*. Detta jämfört med medlet i Sverige på samma fråga som var 73,6%.

Inom ramen för granskningens genomförande har ingen analys av årets avvikelser gällande primärvård och psykiatri presenterats. Vid samtal med avvikelseutredaren för primärvården

framgår att avvikelserna gällande psykiatri i länet framförallt handlar om tillgänglighet för patient i form av behandling och remiss. Vid intervju med psykiatrikliniken i Umeå uppges att avvikelser tas om hand fortlöpande och hanteras med berörda. En sammanställning av huvudinriktning på avvikelserna på övergripande nivå rapporteras till verksamhetschef halvårsvis. I Skellefteå uppges att avvikelser lyfts vid klinikkens möten var 14:e dag. I patientnämndens protokoll, 2015-09-17/§37, framgår under rubriken avslutade personärenden att det är en plötslig och stor ökning av antalet ärenden i psykiatri för perioden 19 maj – 18 augusti 2015. Vidare beskrivs att det framförallt avser Norrlands universitetssjukhus och att antalet ärenden för 2015 är 29 stycken på kliniken, jämfört med 5 ärenden 2014. För Skellefteå är motsvarande siffror 9 ärenden 2015 jämfört med 4 ärenden 2014. I patientnämndens protokoll 2015-11-27/§47 framgår att tendensen är en fortsatt ökning av antal ärenden rörande psykiatri i Umeå.

Vid granskning av landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll avseende 2015 framgår inte någon form av avvikelserapportering avseende primärvården och psykiatri.

5.3. Vår bedömning

Landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning är enligt vår bedömning svagt utvecklad. Landstingsstyrelsen i egenskap av verksamhetsansvarig för landstingets primärvård har ingen egen uppföljning av hälsocentralerna. I landstingsstyrelsens uppföljning av hälsovalet framgår ingen uppföljning kring hur samverkan fungerar mellan primärvården och vuxenpsykiatri. Tillgänglighet i form av besök eller tillgång till beteendevetare är inte heller något som följs upp av landstingsstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdsnämnden följer i delårsrapporter och helårsrapport upp tillgängligheten för specialiserad vård utifrån vårdgarantiläge, dvs. andel väntande 0-90 dagar. Vi bedömer att uppföljningen behöver nyanseras och brytas ned på såväl sjukhus som avdelningsnivå för att nämnden ska kunna analysera och bedöma vilka åtgärder som är lämpliga att vidta. Hälso- och sjukvårdsnämnden följer inte hur samverkan fungerar mellan vuxenpsykiatri och primärvården, vilket är en brist.

I hälso- och sjukvårdslagens 28 § framgår bland annat att ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården. Granskningen visar att tillgängligheten till vuxenpsykiatri försämrats det senaste året i Umeå och Skellefteå och att hälsocentralerna har mycket varierande förutsättningar att erbjuda beteendevetenskaplig kompetens. Patientnämndens protokoll visar att antalet handlagda personärenden avseende psykiatrikliniken vid Norrlands universitetssjukhus ökat rejält under 2015 och visar en fortsatt stigande tendens. Vi bedömer att landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka sin uppföljning för att kunna säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de föreskrifter som gäller för verksamheten.

6. Samlad bedömning

6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfrågor	Bedömning
Styrning	
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det finns formellt beslutade styrdokument för samverkan mellan den psykiatriska verksamheten vid länets sjukhus och primärvården?	Nej, styrningen är otillräcklig. Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har inte fastställt mål och har ingen klar ledning av samverkansarbetet.
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det finns rutiner och handlingsplaner på operativ nivå för samverkan mellan den psykiatriska verksamheten vid länets sjukhus och primärvården?	Delvis. Den arbetsfördelning som finns mellan primärvården och psykiatrien beslutas inte politiskt utan i landstingets exekutiva ledningsgrupp. Samtliga arbetsfördelningar har dessutom passerat senaste datum för revidering.
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det på annat sätt, exempelvis organisatoriskt, finns en samverkan mellan den psykiatriska verksamheten vid länets sjukhus landstinget och primärvården?	Delvis. Det finns en utsedd allmänläkarkonsult från primärvården som träffar vuxenpsykiatrien. Ytterligare ett forum för kontakt mellan primärvård och vuxenpsykiatri är den verksamhetschef från primärvården som är utsedd som kontaktperson mot vuxenpsykiatrien. Det framgår av granskningen att kontakterna inte är särskilt frekventa i dessa samverkansforum.
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att verksamheterna inhämtat information från patienterna om hur samverkan fungerar utifrån ett patientperspektiv och hur samverkan skulle kunna utvecklas?	Nej. Hur patienterna upplever att samverkan fungerar inhämtas framförallt reaktivt i form av avvikelserapportering. I den nationella patientenkäten avseende primärvården finns en fråga som berör kontinuitet och koordinering.
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det finns en fungerande gränsdragning mellan första linjevården och specialistvården?	Nej, granskningen visar flera exempel på att det inte finns en fungerande gränsdragning mellan första linjevården och specialistvården.
Samverkan i praktiken	
Har företrädare för den psykiatriska verksamheten vid länets sjukhus och företrädare för primärvården en samsyn om hur ansvaret för patienterna är fördelat?	Nej. Vår bedömning utifrån granskningens intervjuer är att det i flera fall finns en bristande samsyn för hur ansvaret för patienterna ska fördelas mellan primärvården och vuxenpsykiatrien.
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det vid verksamhetsförändringar finns en fungerande process mellan den psykiatriska	Nej. Exempelvis har primärvården inte identifierat sig med uppdraget utifrån befintliga arbetsfördelningar och upplever sig inte ha tillräckliga resurser och bemanning för att kunna utföra

verksamheten och primärvården?	uppdraget.
Finns det delar av samverkan som inte fungerar?	Ja. Vid granskningen framkommer flera delar i samverkan som inte fungerar. Dessa presenteras framförallt i rapportens avsnitt 4.
Uppföljning	
Vilken tillgänglighet har den psykiatriska verksamheten vid länets sjukhus?	Tillgängligheten till den psykiatriska verksamheten vid länets sjukhus varierar. Statistiken visar att det framförallt för Umeå har skett en successiv ökning av antalet väntande patienter från januari 2014. Vårdgarantiläget har gradvis försämrats sedan juli 2014. Skellefteå har framförallt haft en ökning i antalet patienter under 2015 medan södra Lappland inte visar någon tydlig trend under de tre åren.
Vilken tillgänglighet har primärvården för patienter med psykisk ohälsa?	Statistik över antalet besök till beteendevetare för respektive hälsocentral visar att tillgängligheten till primärvården för patienter med psykisk ohälsa varierar rejält, från 0-207 besök/1000 listade.
Har hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att den psykiatriska verksamheten vid länets sjukhus har en tillfredsställande personal och kompetensförsörjning?	Nej. Respektive klinik har en god uppfattning om personalläget och de vakanser som finns, men det framgår inte att hälso- och sjukvårdsnämnden fattat några beslut om åtgärder.
Har landstingsstyrelsen säkerställt att hälsocentraler har en tillräcklig psykiatrisk, psykologisk och beteendevetenskaplig kompetens för att fullgöra sitt uppdrag inom området för psykisk ohälsa?	Nej. Statistiken visar att 8 av 32 hälsocentraler sammanlagt har 1 tjänst eller mer i utfall för beteendevetare under 2015. Hälften av hälsocentralerna har totalt 0.6 tjänst eller mindre i utfall för beteendevetare under 2015.
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden hållit sig informerade om hur samverkan fungerar mellan den psykiatriska verksamheten vid länets tre sjukhus och primärvården?	Nej. Av protokoll i landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden avseende 2015 framgår inte att styrelsen och nämnden hållit sig informerade om hur samverkan fungerar mellan vuxenpsykiatri och primärvården.
Vid förändringar av ansvarsförhållanden mellan vuxenpsykiatri och primärvården, har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden hållit sig informerad om effekter för patienter, ekonomi m.m.?	Nej. Exempelvis nämns att det vid förändringen av ansvarsfördelningen och överförandet av patienter från vuxenpsykiatri till primärvården inte genomfördes några konsekvensanalyser. Detta uppges ha resulterat i att primärvården inte identifierat sig med uppdraget utifrån ansvarsfördelningen och varken bemannat eller fått tillräckliga resurser för att kunna utföra uppdraget.
I händelse av avvikelser eller om samverkan inte fungerar som den ska, har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden agerat i syfte att åtgärda bristerna?	Nej, några beslut om åtgärder har inte fattats.

6.2. Slutsats och rekommendationer

Granskningen syftade till att undersöka om landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt att det finns en ändamålsenlig samverkan mellan den psykiatriska verksamheten vid länets tre sjukhus och primärvården. Vår sammanfattande slutsats, utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning, är att landstingsstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnden inte säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll avseende hur samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatri bedrivs.

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- Klargöra hur samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatri ska bedrivas.
- Utveckla och stärka uppföljningen avseende hur gränsdragning och samverkan fungerar mellan primärvården och vuxenpsykiatri.
- Prioritera arbetet med att utveckla en gemensam förståelse och tolkning av styrande dokument och riktlinjer för att uppnå en större samsyn inom området.

Vi rekommenderar landstingsstyrelsen att:

- Säkerställa att hälsocentralerna har tillgänglighet samt kompetens för att fullgöra sitt uppdrag inom området för psykisk ohälsa.

Umeå den 22 mars 2016



Erik Söderberg

Certifierad kommunal yrkesrevisor

Ernst & Young AB

Bilaga 1: Besök till beteendevetare under 2015 per hälsocentral

Besök till beteendevetare jan-dec 2015			
Hälsocentral	Behandlingar totalt	Antal listade i medel	Besök per 1000 listade
57070 Mariehems HC	2 725	13 162	207,0
56128 Norrlandskliniken HC Um	1 548	9 107	170,0
57060 Hörnefors HC	560	3 621	154,7
56129 Medicinkonsulten	525	4 294	122,3
56127 Citymottagningen HC Um	916	7 772	117,9
57129 Stenbergsska HC	910	7 969	114,2
57018 Lövångers HC	249	2 224	111,9
57131 Familjeläk Sorsele	267	2 418	110,4
57028 Byske HC	497	4 549	109,2
57030 Ålidhems HC	2 048	18 948	108,1
57013 Anderstorps HC	1 314	12 295	106,9
56130 Min Hälsa HC Um	319	3 032	105,2
57125 Morö backe HC	1 662	15 891	104,6
57014 Heimdalls HC	900	9 415	95,6
57019 Skelleftehamns HC	660	7 055	93,6
57050 Holmsunds HC	476	5 117	93,0
57022 Norsjö HC	370	4 104	90,2
56124 Dragonens hälsocentral	1 581	17 858	88,5
57126 Familjeläk Storuman	363	4 300	84,4
57124 Familjeläk Malå	274	3 452	79,4
57080 Backens HC	740	9 599	77,1
57140 Ersboda HC	662	9 092	72,8
57117 Burträsk HC	292	4 013	72,8
57110 Robertsfors HC	384	5 286	72,6
57015 Erikslids HC	696	9 658	72,1
57020 Tegs HC	1 201	17 132	70,1
57090 Bjurholms HC	150	2 314	64,8
57100 Nordmalings HC	396	6 243	63,4
57040 Sävar HC	325	5 458	59,6
57127 Familjeläk Tärnaby	90	1 556	57,9
57121 Vilhelmina sjukstuga	328	6 592	49,8
57130 Vindelns HC	238	4 789	49,7
57120 Vännäs HC	338	7 789	43,4
57123 Dorotea sjukstuga	98	2 727	35,9
57122 Åsele sjukstuga	91	2 726	33,4
57016 Bureå HC	103	3 556	29,0
57024 Bolidens HC	30	2 529	11,9
56126 HC Husläkarna Um	1	3 720	0,3
56120 Hälsogemenskapen i Jörn	0	1 014	0,0
Medelvärde	624	6 728	82,1

Bilaga 2: Förteckning över intervjupersoner

Primärvården

- Primärvårdschef
- Primärvårdsstrateg
- Avvikelseutredare

- Verksamhetschef Dorotea och Åsele Sjukstugor
- Verksamhetschef Mariehems HC
- Verksamhetschef Storuman och Tärnaby sjukstugor
- Verksamhetschef Tre Älvar hälsocentral, kontaktperson mellan primärvård och psykiatri

- Distriktsläkare Burträsk HC
- Distriktsläkare Ersboda HC
- Distriktsläkare Hörnefors HC, Samordnare medicinskt ledningsansvariga läkare landstingets primärvård samt Allmänläkarkonsult ortopedi, kirurgi samt radiologi och funktionsmedicin i VLL
- Distriktsläkare Älidhems HC, Allmänläkarkonsult psykiatri
- Psykiatrisjuksköterska Mariehems HC
- Psykolog Moröbacke HC
- Psykolog Mariehems HC
- Sjuksköterska Storuman sjukstuga

Vuxenpsykiatri

- Verksamhetschef Psykiatriska kliniken NUS
- Verksamhetschef Psykiatriska kliniken Skellefteå och södra Lappland

- Avdelningschef block 1, NUS
- Avdelningschef block 2, NUS
- Avdelningschef block 4, NUS
- Avdelningschef Storuman och Vilhelmina psykiatrimottagning
- Avdelningschef Lycksele psykiatrimottagning
- Avdelningschef mottagning 1, Skellefteå

- Sektionschef affektiva, ångest samt KIM, NUS
- Sektionschef psykosmottagningen, NUS

- Projektledare försäkringsmedicin, NUS
- Psykolog remissmottagningen, NUS
- Sjuksköterska äldreteamet, psykiatriska kliniken Skellefteå
- Verksamhetsutvecklare, psykiatriska kliniken Skellefteå
- Överläkare, psykiatriska kliniken Skellefteå och södra Lappland

Bilaga 3: Litteratur och dokumentförteckning

Litteratur

Danermark, B. (2000). Samverkan – himmel eller helvete. Stockholm: Gothia

Eriksson, A., Lindencrona, F., Olsson, I., Puskeppelit, M. (2007). Intersektoriell samverkan i utvecklingsprojekt – en jämförande analys. I Axelsson, R & Bihari Axelsson, S (red.). Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer och samhällssektorer. s. 87-121. Pozkal, Polen: Studentlitteratur.

Kommunallagen med kommentarer och praxis, femte omarbetade upplagan, (2011).

Strategi för samverkan. Kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Socialstyrelsen 2007.

Dokument

Aktivitetsplan för Psykiatrisk klinik Umeå 2015

Aktivitetsplan för Skellefteå och södra Lapplands psykiatriska klinik 2015

APP 1. Arbetsfördelning mellan primvård och psykiatri i insatser till personer med psykisk ohälsa

APP 2. Arbetsfördelning mellan primärvård och psykiatri avseende insatser till patienter med psykisk funktionsnedsättning

APP 3. Arbetsfördelning mellan primärvård och psykiatri avseende vård av personer med riskbruk, missbruk och beroende av alkohol, läkemedel och narkotika.

Årsrapport 2014 Psykiatriska kliniken Norrlands universitetssjukhus

Årsrapport 2014 för Psykiatrisk klinik Skellefteå och södra Lappland

Delårsrapport Hälsoval per april samt augusti 2015

Hasardspelssyndrom, avser diagnosgruppen F 63.0 ICD

Hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapporter, april samt augusti 2015

Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2015 inklusive målmatris

Landstingsplan 2012-2015

Landstingsstyrelsens verksamhetsplan 2015 inklusive målmatris

Landstingsstyrelsens delårsrapporter, april samt augusti 2015

Planering och budget 2015, med utgångspunkt i landstingsplan 2012-2015

Primärvårdens verksamhetsplan 2015

Primärvårdens delårsrapport 1 samt 2 2015

Protokoll och handlingar, hälso- och sjukvårdsnämnden 2015

Protokoll och handlingar, landstingsfullmäktige 2105

Protokoll och handlingar, landstingsstyrelsen 2015

Protokoll landstingets exekutiva ledningsgrupp, 2012-11-19, 2013-12-02

Protokoll patientnämnden, 2015-09-17, 2015-11-27

Reglementen för landstingsstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnden

Uppdrag och regler för Hälsoval Västerbotten 2015

