

REGION  
JÄMTLAND  
HÄRJEDALEN



REVISIONSRAPPORT  
**GRANSKNING AV  
BARN- OCH  
UNGDOMSPSYKIATRIN**

Ansvarig: Therese Norrbelius

## *Innehållsförteckning*

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | SAMMANFATTNING.....  | 3  |
| 2     | INLEDNING/BAKGRUND .....   | 4  |
| 2.1   | SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING .....  | 4  |
| 2.2   | REVISIONSKRITERIER.....  | 5  |
| 2.3   | METOD .....  | 5  |
| 3     | KVALITETSSÄKRING .....   | 6  |
| 4     | RESULTAT.....  | 6  |
| 4.1   | UPPFÖLJNING OCH KONTROLL AV VÄNTELISTORNAS TILLFÖRLITLIGHET .....                              | 6  |
| 4.1.1 | Uppfyller inte vårdgarantin för ett första besök.....  | 7  |
| 4.1.2 | Ökat inflöde ledde till en bristande arbetssituation .....                                     | 7  |
| 4.1.3 | Ny organisationsindelning från och med 2017.....   | 7  |
| 4.1.4 | Resurser saknas för att kvalitetssäkra och utveckla statistiken.....                           | 7  |
| 4.1.5 | Bedömning .....  | 8  |
| 4.2   | RUTINER FÖR HANTERING AV REMISSER OCH MEDICINSK BEDÖMNING.....                                 | 8  |
| 4.2.1 | Rutiner för en första medicinsk bedömning.....   | 8  |
| 4.2.2 | Prioritering av remisser görs en gång i veckan .....   | 9  |
| 4.2.3 | Bedömning .....  | 9  |
| 4.3   | BEVAKNINGSRUTIN AV DEN MEDICINSKT BETINGADE VÄNTETIDEN.....                                    | 9  |
| 4.3.1 | Remissgruppen bevakar väntelistan till första besök.....                                       | 10 |
| 4.3.2 | Ändamålsenlig rutin för bevakning av väntande patienter saknas .....                           | 10 |
| 4.3.3 | Patientansvaret uppges inte vara tydligt uttalat.....  | 10 |
| 4.3.4 | Utökning av mottagningsverksamheten ska förbättra tillgängligheten .....                       | 10 |
| 4.3.5 | Bedömning .....  | 11 |
| 4.4   | RUTIN FÖR ATT KONTROLLERA ATT PATIENTERS HÄLSOTILLSTÅND INTE FÖRSÄMRAS I VÄNTAN PÅ BESÖK ..... | 11 |
| 4.4.1 | Bedömning av patientens funktionsgrad.....   | 11 |
| 4.4.2 | Ingen möjlighet att kontakta väntande patienter.....   | 12 |
| 4.4.3 | Bedömning .....  | 12 |
| 5     | SLUTSATS OCH SVAR PÅ REVISIONSFRÅGOR.....  | 12 |
| 6     | ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE .....   | 14 |

## 1 SAMMANFATTNING

---

För att förbättra vården för barn och unga med psykisk ohälsa har regeringen och SKL kommit överens om en förstärkt vårdgaranti med ett nationellt mål om att minst 90 % av patienterna ska fått en första bedömning inom 30 dagar och minst 80 % av patienterna ska ha påbörjat en fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar. Region Jämtland Härjedalen har haft svårt att uppnå detta, statistisk visar att endast 59 % erbjuds ett första besök inom 30 dagar, vilket innebär att Region Jämtland Härjedalen är näst sämst i riket<sup>1</sup>.

Revisionskontoret har på revisorernas uppdrag granskat barn- och ungdomspsykiatri med syfte att svara på om det finns en tillfredsställande kontroll av att den psykiska ohälsan hos barn och ungdomar inte försämras i väntan på ett första besök och/eller fördjupad utredning/behandling.

Från granskningen vill vi främst lyfta följande iakttagelser:

- Det är en brist att uppföljning inte gjorts av mål avseende utredning/behandling då uppgifter om väntetider enligt lag ska rapporteras. Anledningen till detta är att en översyn av registreringen pågår men drar ut på tiden eftersom support från regionstaben saknas. Stöd från regionstaben för att kvalitetssäkra och analysera statistik uppges också saknas i dagsläget. Dessa resurser bör tillgodoses för att möjliggöra ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete.
- Det finns brister i kontrollen av väntetider för patienter under behandling eftersom det inte på ett tillfredsställande sätt går att kontrollera väntelistorna. Behandlare har haft ansvaret för fler patienter än de haft kapacitet för och det saknas dessutom väsentliga funktioner i journalsystemet för att stödja bevakningen vilket innebär risk för att patienter kan missas. Den nya organisationen som beskrivits kan ge förutsättningar till bättre rutiner för denna bevakning i och med att belastningen på teamen planerats att minska. Det finns dock anledning att bevaka teamens belastning för att hindra att den bristfälliga arbetsmiljösituation som tidigare uppstod återkommer. Vi rekommenderar även att undersöka om journalsystemet kan utvecklas för att underlätta bevakningen.
- Det finns ingen rutin för att kontrollera patientens hälsotillstånd under väntetiden, utan man förlitar sig på den information som insamlas vid den medicinska bedömningen och förutsätter att patienten eller närstående signalerar om försämring sker. Vi bedömer att detta är ett område som kan utvecklas.
- Det råder oklarheter kring vissa delar avseende remisshantering och de rutiner som finns dokumenterade är inte kända inom verksamheten och uppfyller inte de krav som ställs. Rutinerna behöver ses över, dokumenteras och fastställas för att uppfylla Socialstyrelsens föreskrifter och regionens rutiner.

---

<sup>1</sup> Statistik enligt Väntetider i vården per den sista november 2016

## 2 INLEDNING/BAKGRUND

---

Den psykiska ohälsan<sup>2</sup> hos barn- och ungdomar ökar. Enligt Socialstyrelsens rapporter sker ökningen inom hela gruppen och inte bara bland barn och ungdomar som är särskilt utsatta på grund av psykosociala faktorer som missbruk eller psykisk sjukdom hos en förälder. Den ökande gruppen av psykiskt sjuka ungdomar kan på sikt utgöra ett växande folkhälsoproblem och medför ett ökat behov av psykiatrisk vård för ungdomar. En förutsättning för att identifiera psykisk ohälsa, som kan leda till psykiatrisk sjukdom, är att i ett tidigt skede kunna ställa en diagnos och sätta in behandling eller annan insats för att förhindra att tillståndet försämras.

Region Jämtland Härjedalen har haft svårt att uppnå målet för tillgängligheten för ett första besök inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och data för tillgänglighet till fördjupad utredning/behandling har enligt uppgift inte varit tillförlitlig. En bristande tillgänglighet innebär en risk för att den psykiska ohälsan hos patienten försämras i väntan på ett första besök och/eller vidare behandling/utredning.

Revisorerna har i sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det angeläget att granska hur man säkerställer att patienternas hälsa inte försämras under tiden de väntar på besök.

### 2.1 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

#### Syfte

Det övergripande syftet har varit att svara på om det finns en tillfredsställande kontroll av att den psykiska ohälsan hos barn och ungdomar inte försämras i väntan på ett första besök och/eller fördjupad utredning/behandling.

#### Revisionsfrågor

För att besvara syftet har följande revisionsfrågor ställts:

- Finns en tillfredsställande uppföljning och kontroll av väntelistornas tillförlitlighet till barn- och ungdomspsykiatri?
- Finns rutin för att göra en medicinsk bedömning av hur lång väntetiden högst bör vara i samband med att patienten sätts upp på väntelistan till utredning och behandling?
- Finns bevakningsrutin av om den medicinskt betingade väntetiden överskrids?
- Finns rutin för att kontrollera att patientens hälsotillstånd inte markant försämras om faktisk väntetid riskerar överskrida den planerade väntetiden?
- Finns rutiner för att säkerställa att inte patienter försämras i väntan på ett första besök hos barn- och ungdomspsykiatri?
- Finns rutiner för att säkerställa att inte patienter försämras i väntan på fördjupad utredning/behandling?
- Sker kontroll av följsamheten av rutinerna för att säkerställa att väntande patienter inte försämras?

#### Avgränsning

Patientgruppen barn och ungdomar med psykisk ohälsa finns i flera delar inom regionen och kommunen. Denna granskning är avgränsad till BUP då vi bedömer att den största patientgruppen finns där. Granskningen avser år 2016.

---

<sup>2</sup> **Psykisk ohälsa** är ett samlingsbegrepp för allt ifrån nedsatt psykiskt välbefinnande till olika former av psykisk sjukdom och psykiska nedsättningar. Lätt till medelsvår psykisk ohälsa används ofta som samlingsbegrepp för de tillstånd som kan behandlas inom primärvården. Vid allvarigare och komplicerade tillstånd ansvarar psykiatri för en mer kvalificerad utredning och behandling. (Källa: Överenskommelse mellan staten och SKL 2016)

## 2.2 REVISIONSKRITERIER

Uppfylls kraven på:

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2-7 §§ *avseende kraven på god vård, landstingets ansvar och planering av hälso- och sjukvård samt 31 § avseende kvalitet i verksamheten.*
- Kommunallag (1991:900) 6 kap. 7 § *avseende styrelsens ansvar att se till att verksamhetens bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige beslutat om samt se till att den interna kontrollen är tillräcklig.*
- Patientlagen (2014:821) 2 kap. *avseende tillgänglighet och vårdgaranti.*
- Patientsäkerhetslagen (2010:659) 3 kap. *avseende ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.*
- Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2004:11 Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.
- Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2 kap. *avseende grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet och ansvar och 3 kap. avseende ansvaret.*
- Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 4 kap. *avseende processer, rutiner och samverkan*
- Regionplan 2016-2018, *avseende utvecklingsområde – förbättrad psykisk hälsa hos unga.*

## 2.3 METOD

Granskningen utförs genom dokumentstudier och intervjuer. Substansgranskning utförs för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

Intervjuer har genomförts med:

- Områdeschef Barn och unga vuxna (BUV)
- Överläkare och MLU vid BUP
- Sjuksköterska vid BUPs mottagning
- Behandlare vid BUP

Samtliga intervjuade personer har faktagranskat ett rapportutkast för att säkerställa att rapporten överensstämmer med lämnade uppgifter. Korrespondens kring faktagranskning har sparats.

Avrapportering sker dels i skriftlig form, dels i muntlig form till de förtroendevalda revisorerna och verksamhetsansvariga. Den skriftliga rapporteringen skall upprättas med följsamhet till SKYREVs rekommendation om dokumentation av revisionsprojekt (R1 och R4).

### 3 KVALITETSSÄKRING

---

Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har faktagranskat lämnade uppgifter som finns med i revisionsrapporten.

Regionens revisionskontor har ett övergripande ansvar för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna, metoder, iakttagelser, bedömningar och framförda rekommendationer.

Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

### 4 RESULTAT

---

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen innefattar god vård bl.a. att den är lätt tillgänglig. Det ska därmed vara enkelt för barn och unga att komma i kontakt med första linjen<sup>3</sup>, vilket innebär att den bör finnas där barn och ungdomar finns.

I Region Jämtland Härjedalen svarar BUP ensamt för både den första linjen och den specialiserade vården för barn- och ungdomspsykiatri. Enligt landstingsstyrelsens svar på revisorernas tidigare granskning av BUP<sup>4</sup> är motivet till att man samlat allt hos BUP bl.a. att man bedömt att man får mer vård för pengarna om resurserna finns där den bästa kompetensen är istället för att fördelas på hälsocentralerna. Detta innebär dock att barn- och ungdomar med psykisk ohälsa kan ha över 20 mils resväg till första linjens vård. För att öka tillgängligheten för länets ytterområden har BUP filialteam som reser ut för att träffa patienter.

BUPs uppdrag är att verka för att identifiera, förebygga, lindra och bota psykiska besvär hos barn och ungdomar i åldrarna 0-17 år. Det ingen remiss krävs för att komma i kontakt med BUP.<sup>5</sup>

#### 4.1 UPPFÖLJNING OCH KONTROLL AV VÄNTELISTORNAS TILLFÖRLITLIGHET

Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård<sup>6</sup>.

Kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras<sup>7</sup>. Verksamhetschefen ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården<sup>8</sup>.

---

<sup>3</sup> Med "första linjen" menas den funktion eller verksamhet i kommuner och landsting som i detta sammanhang först möter ett barn eller en ungdom med ett indikerat problem.

<sup>4</sup> Enligt svar på skrivelse Granskning av BUP Dnr: LS/110/2012

<sup>5</sup> Region Jämtland Härjedalens hemsida <http://www.regionjh.se/folkhalsasjukoch tandvard/ostersundssjukhus/sjukhuset/barnochungdomspsykiatri.4.40978c3912a5a2aad548000214.html>

<sup>6</sup> HSL 7 §

<sup>7</sup> HSL 31 §

<sup>8</sup> SOSFS 2005:12

Patienter ska erbjudas vårdgaranti vilket innebär besök inom den specialiserade vården inom 90 dagar och efter beslut om behandling få tid för den inom 90 dagar<sup>9</sup>.

För att förbättra vården för barn och unga med psykisk ohälsa har regeringen och SKL kommit överens om en förstärkt vårdgaranti och möjlighet att ta del av stimulansmedel. De nationella målen är att minst 90 % av patienterna ska fått en första bedömning inom 30 dagar och minst 80 % av patienterna ska ha påbörjat en fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar.

För att följa upp vårdgarantin och landstingens tillgänglighet ska regionen rapportera in uppgifter om väntetider till SKLs nationella databas "Väntetider i vården"<sup>10</sup>.

#### 4.1.1 Uppfyller inte vårdgarantin för ett första besök

Enligt "Väntetider i vården" uppfyllde 17 av 21 landsting målet om första besök inom 30 dagar per den sista oktober 2016. För Region Jämtland Härjedalen redovisas 62 % vilket innebär plats 19 av samtliga 21 landsting/regioner (Per nov 59 % och plats 20/21)<sup>11</sup>.

För mål om påbörjad fördjupad utredning/behandling saknas data från Region Jämtland Härjedalen. Orsaken uppges av områdeschefen vara att det pågår en översyn av registrering av väntetider med syfte att målet bättre ska spegla verkligheten, något man anser att statistiken för målet inte gör idag.

Tidigare har uppfyllnad av tillgänglighetsmålen varit ett krav för att ta del av stimulansmedlen och man har, enligt områdeschefen, inom BUP tydligt fokuserat på att uppfylla målen eftersom resurserna har haft stor betydelse för verksamheten. Idag har kraven för stimulansmedel ändrats och det är andra delar som ska uppfyllas, bl.a. har en redogörelse för analys, långsiktiga mål, handlingsplan och en redovisning av hur erhållna medel har använts, lämnats till SKL. Tillgänglighet är fortsatt en del, men utan särskilt angivna mått.

#### 4.1.2 Ökat inflöde ledde till en bristande arbetssituation

Enligt områdeschefen har inflödet av patienter till BUP tidigare varit stabilt och nya patienter har i anslutning till en första kontakt tilldelats en handläggare och fått en besökstid. Man har således rapporterat att man uppfyllt tillgänglighetsmålen för ett första besök inom 30 dagar. För några år sedan började inflödet öka och antalet patienter har de senaste två åren ökat med 10 % per år.

Enligt områdeschefen ledde detta i kombination med kravet att klara nybesöken inom 30 dagar att pressen ökade på behandlare vars pågående patienters tider glesades ut. Under 2015 ökade andelen arbetsrelaterade sjukskrivningar inom enheten. Områdeschefen beslutade då att begränsa antalet nya ärenden per behandlare och tillämpa en central väntelista inom mottagningen för patienter som väntar på ett första besök.

#### 4.1.3 Ny organisationsindelning från och med 2017

För att komma till rätta med arbetssituationen och den försämrade tillgängligheten beslutades under hösten 2016 att omorganisera område Barn Unga Vuxna (BUV) från och med 2017. Enheten "Neuropsykiatrisk barn- och ungdomshabilitering" kommer att försvinna och dess uppdrag fördelas till BUP och Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH). För BUP innebär det utökade uppdraget även extra resurser i form av 10 tjänster fördelat på specialistläkare, sjuksköterskor, socionomer och psykologer.

#### 4.1.4 Resurser saknas för att kvalitetssäkra och utveckla statistiken

Enligt områdeschefen speglar den data som rapporteras idag verkligheten bättre eftersom det inte sker undanträngningseffekter som tidigare. Områdeschefen uppger dock att man

<sup>9</sup> HSL 3 § och PatL 2 kap. 3 §

<sup>10</sup> HSL 3 i §

<sup>11</sup> Väntetider i vården <http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/SpecialiseradBesok/> 2017-01-19

saknar support från regionstaben både för att hantera den förstärkta vårdgarantin samt att genomföra den översyn av registrering av väntetider som behövs. Området saknar även en verksamhetsutvecklare i vars roll det skulle kunna ingå att jobba med detta. Den kvalitetskontroll av tillgängligheten man gör idag är i form av en rimlighetsbedömning.

#### 4.1.5 Bedömning

- BUP:s statistik för tillgänglighet har inte speglat verkligheten. Konsekvensen av det ökade antalet ärenden har blivit att behandlare glesat ut patientbesök för patienter under behandling/utredning för att fokusera på att klara målen som gett stimulansmedel. Detta har lett till försämrad kontinuitet för patienter under behandling samt en ökad arbetsbelastning för personalen vilket visat sig genom en ökning av arbetsrelaterade sjukskrivningar. Vi bedömer dock att de åtgärder som vidtagits i form av organisationsförändring och utökade resurser för enheten BUP kan ge bättre förutsättningar till mer hanterbara och tillförlitliga väntelistor, rättvisande statistik och en bättre tillgänglighet för patienterna.
- Det är en brist att uppföljning inte gjorts av mål avseende utredning/behandling då uppgifter om väntetider enligt lag ska rapporteras. Enligt områdeschefen pågår en översyn av registreringen väntetider men man har inte fått tillräcklig support från regionstaben för att genomföra översynen. Resurser uppges även vara bristande när det gäller att kvalitetssäkra och analysera statistik, t.ex. support för det nya journalsystemet och den förstärkta vårdgarantin. Vid granskningens genomförande var även tjänsten som verksamhetsutvecklare vakant. Dessa resurser bör tillgodose för att möjliggöra ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete.

## 4.2 RUTINER FÖR HANTERING AV REMISSER OCH MEDICINSK BEDÖMNING

Hälso- och sjukvården ska uppfylla kraven på en god vård och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Patienter ska snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.<sup>12</sup> Inom region Jämtland Härjedalen ska vårdbegäran bedömas inom tre dagar och besvaras senast vid första kontakt och akutmärkt remiss bedömas inom 8 timmar<sup>13</sup>.

Verksamhetschef ansvarar för att fastställa rutiner för remisser. Vad de dokumenterade rutinerna skall omfatta framgår i Socialstyrelsens föreskrift 2004:11. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har tagit fram en handbok<sup>14</sup> där övergripande rutiner och riktlinjer för remisshantering tydliggörs.

### 4.2.1 Rutiner för en första medicinsk bedömning

Den intervjuade sjuksköterskan vid mottagningen uppger att den största andelen remisser, ca 60 %, inkommer till BUP via mottagningstelefonen. Resterande kommer från t.ex. elevhälsan, socialtjänsten, primärvården eller egen vårdbegäran. Det är vanligen en förälder eller någon kontaktperson inom kommun eller skola som tar en inledande kontakt.

I mottagningstelefonen görs en första medicinsk bedömning utifrån de uppgifter patienten eller närstående lämnar. Som stöd för bedömningen tillämpas enligt uppgift en mall som omfattar avstämning av patientens s.k. funktionsgrad (t.ex. hur man fungerar i skola och socialt), symptom och familjeförhållanden m.m. och det ingår även i rutinen att upplysa om var patienten kan vända sig om denne försämras i väntan på kallelse.

<sup>12</sup> HSL 2a § och PatL 2 kap. 2 §

<sup>13</sup> Rutin "Definition och hantering av remisser i COSMIC" Doknr: 30637-2

<sup>14</sup> "Handbok COSMIC Remiss" Doknr: 30715-3



Akuta ärenden hänvisas enligt uppgift direkt till akutmottagningen. För ärenden som inte bedöms akuta men som anses bör prioriteras görs en markering i remissen. Enligt mottagningsjuksköterskan görs en översiktlig genomgång av inkomna remisser dagligen för att inte missa akutmärkta remisser.

I och med omorganisationen kommer en del av den ökade kapaciteten läggas på att bemanna upp mottagningstelefonen, något det enligt den intervjuade överläkaren finns behov av.

#### 4.2.2 Prioritering av remisser görs en gång i veckan

Områdeschefen uppger att man har som målsättning att bedöma remisserna inom tre dagar. Rutinen är dock att det görs en gång i veckan av överläkare i samråd med mottagningsjuksköterska och/eller annan behandlare (remissgruppen). Som stöd för remissgruppens arbete finns en dokumenterad lathund.

Med anledning av det ökade patientflödet har remissgruppen den senaste tiden varit tvungen att prioritera remisserna. Denna prioritering gjordes tidigare efter att remisserna fördelats till teamen. I prioriteringsgrupp 1 hamnar barn- och ungdomar med depression, ångest, tvång och ätstörning, vilka enligt överläkare oftast får ett första besök inom en månad. För de som prioriteras som 2, dröjer det normalt ungefär 1-2 månader till besök. I grupp 3 hamnar de som bedömts ha en god funktionsgrad men t.ex. kan vara i behov av att göra en ADHD-utredning.

När vi ställt frågan om huruvida remissbekräftelser skickas till patient eller remittent har vi fått olika svar från de intervjuade. Vi har noterat att rutiner för remissvar och bekräftelse finns för det tidigare journalsystemet, men enligt områdeschefen, har dessa inte varit kända inom verksamheten. Vid efterfrågan av dokumenterade remissrutiner enligt SOSFS 2004:11 uppges att det inte finns, men att ambitionen är att ta fram det under 2017.

#### 4.2.3 Bedömning

- Enligt vad som beskrivits vid intervjuer finns rutin för att göra en medicinsk bedömning av hur lång väntetiden bör vara för patienterna. Det är dock en stor andel som inte får ett första besök inom 30 dagar.
- Det råder oklarheter kring vissa delar avseende hanteringen av remisser, t.ex. hur och om remissbekräftelser till patient eller remittent skickas. Vissa delar av remissrutinerna finns dokumenterade, men är inte uppdaterade efter byte av journalsystem och är inte heller kända inom verksamheten. Dokumenterade rutiner för hantering av remisser behöver tas fram och fastställas av verksamhetschefen för att uppfylla Socialstyrelsens föreskrifter.
- Akutmärkta remisser uppges bedömas dagligen vilket är en förutsättning för att patienter som behöver akut vård får komma i tid. När det gäller remisser som inte är akuta kan det enligt uppgift dröja upp till sju dagar innan medicinsk bedömning sker av remissgruppen. Vi bedömer att åtgärder bör vidtas för att bedöma remisserna i enlighet med hälso- och sjukvårdsförvaltningens rutiner där tre dagar gäller.

### 4.3 BEVAKNINGSRUTIN AV DEN MEDICINSKT BETINGADE VÄNTETIDEN

Vårdgivaren ska identifiera de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras,

dels hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten. Det ska ingå av processer och rutiner hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.<sup>15</sup>

#### 4.3.1 Remissgruppen bevakar väntelistan till första besök

Efter beslut om att begränsa antalet remisser som tilldelas teamen fördelas numera maximalt cirka sju ärenden varje vecka, enligt remissgruppen. Arbetssättet ska innebära att teamen inte ser kön utan enbart de patienter de blivit tilldelade. Det är därmed endast personerna i remissgruppen som har uppsikt och kontroll över väntelistan.

Enligt uppgift går det att göra noteringar i journalsystemet för att lättare hålla koll på remisserna t.ex. utifrån tidigare prioritering, men systemet har ingen automatisk varningsfunktion som signalerar om väntetiden överskrids. Överläkaren uppger att de som prioriterats som 1:or får träffa en behandlare inom 30 dagar, men de som prioriteras lägre kan få vänta upp till 6 månader.

#### 4.3.2 Ändamålsenlig rutin för bevakning av väntande patienter saknas

Ett mindre antal patienter kan erbjudas ett bedömningsamtal inom mottagningen med syfte att antingen inhämta mer uppgifter som underlag för bedömningen eller att behandlingen bedöms kunna genomföras genom ett fåtal samtal hos mottagningen. Det vanliga är dock att patienten efter remissgruppens bedömning går vidare till ett tvärprofessionellt sammansatt team inom BUP. Teamen har en teamsamordnare som enligt uppdragsbeskrivning ansvarar för att se till att inkomna ärenden fördelas samt att planera för omhändertagande av ärenden vid medarbetares frånvaro.

Enligt behandlaren finns det brister i kontrollen av väntande patienter vilket till stor del uppges bero på att behandlarna historiskt sett blivit tilldelade orimligt många patienter att ansvara för. Ett annat problem uppges vara att det nya journalsystemet inte möjliggör en tillräcklig överblick av patienterna. Behandlaren måste därför manuellt bevaka sina patienter vilket kan vara svårt då han i dagsläget ansvarar för över 80 patienter. Enligt behandlaren finns ingen kontrollfunktion i journalsystemet utan det är bara han själv som kan svara på vilka patienter han ansvarar för.

#### 4.3.3 Patientansvaret uppges inte vara tydligt uttalat

Enligt överläkaren övergår vårdansvaret för patienten från mottagningen/remissgruppen till teamet i samband med fördelningen av remissen. Enligt behandlaren kan det dröja upp till en vecka, ibland två veckor innan behandlare har kännedom om patientens ärende. Behandlaren uppger att ansvaret för patienten övergår i och med att han accepterat ärendet. Patientansvaret mellan remissgrupp och behandlare har, enligt behandlaren, inte varit tydligt uttalat då det finns ett glapp mellan remissgrupp och behandlare.

Vem som ansvarar för patienten i vårdövergången kommer i och med omorganisationen att tydliggöras. Uppdraget som ”teamsamordnare” kommer att förändras till ”teamledare” och kommer, enligt uppgift, omfatta ansvar för att följa upp teamens väntelistor. Detta kommer tydliggöra att det är teamet som bär patientansvaret mellan remissgruppen fram tills en behandlare utsetts, uppger områdeschefen.

#### 4.3.4 Utökning av mottagningsverksamheten ska förbättra tillgängligheten

I och med att mottagningsverksamheten utökas kommer ärenden som inte går till bedömningsamtal eller akuten i fortsättningen att veckovis delas ut till teamen. Teamen kommer åter igen hantera sina väntelistor, något behandlaren är positiv till, då han menar att det ger bättre förutsättningar för att planera verksamheten. Även överläkaren anser att det

---

<sup>15</sup> SOSFS 2011:9

är mer hanterbart för teamen, där behandlarna finns, att själva hantera sina köer och uppger att den centrala kön som idag tillämpas innebär att det är svårt att få en god bild av om rätt bedömning gjorts vilket kan innebära en risk för att remisser prioriterats felaktigt.

Bristen på barnpsykiatriker försämrar kontinuiteten av behandling, enligt behandlaren, vilket påverkar tillgängligheten negativt.

#### 4.3.5 Bedömning

- Vår bedömning, utifrån den hantering som beskrivits av remissgruppen för bevakning av patienter som väntar på ett första besök, är att bevakningsrutinen har fungerat men att det stora antalet patienter i den centrala väntelistan utgör en risk då det är svårt för remissgruppen att få en god bild av om rätt bedömning har gjorts. I och med omorganisationen kommer dock den centrala listan försvinna och alla patientärenden fördelas veckovis.
- Patientansvaret i vårdövergången uppges ha varit otydligt. Detta har dock i och med omorganisationen tydliggjorts.
- Det finns brister i kontrollen av väntetider för patienter under behandling eftersom det inte på ett tillfredställande sätt går att kontrollera väntelistorna. Behandlare har haft ansvaret för fler patienter än de haft kapacitet för och det saknas dessutom kontrollfunktioner i journalsystemet för att stödja bevakningen vilket innebär risk för att patienter kan missas. Den nya organisationen som beskrivits bör ge förutsättningar till bättre rutiner för denna bevakning i och med att belastningen på teamen planerats att minska. Det finns dock anledning att bevaka teamens belastning för att hindra att den bristfälliga arbetsmiljösituation som tidigare uppstod återkommer. Vi rekommenderar även att undersöka om journalsystemet kan utvecklas för att underlätta bevakningen.

#### 4.4 RUTIN FÖR ATT KONTROLLERA ATT PATIENTERS HÄLSOTILLSTÅND INTE FÖRSÄMRAS I VÄNTAN PÅ BESÖK

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sådant sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls<sup>16</sup>. Utgångspunkt i planeringen av vård ska vara patientens behov<sup>17</sup>.

##### 4.4.1 Bedömning av patientens funktionsgrad

Som tidigare nämnts inkommer den största andelen remisser via mottagningstelefonen. I mottagningssamtalet ingår att inhämta tillräckliga uppgifter för att bedöma patientens funktionsgrad. Uppgifter inhämtas och noteras även angående patientens familj och relationer som ligger till grund för att bedöma om patienten har ett skyddande nätverk. Enligt överläkaren har de allra flesta barn och ungdomar en förälder eller annan vuxen t.ex. skolkurator eller någon vid socialtjänsten nära och man räknar med att detta nätverk tar ansvar för att signalera om försämring av patientens hälsotillstånd sker.

Enligt områdeschef skickas brev till nya väntande patienter som innehåller information om att patienten kan kontakta akutjouren om hälsotillståndet skulle försämrats.

<sup>16</sup> PSL 3 kap. 1 §

<sup>17</sup> HSL 7 §

Om patient eller närstående signalerar om försämring eller att remissgruppen ser att en patient stått i kön länge, kan patienten erbjudas ett besök vid mottagningen för ett bedömningsamtal, enligt mottagningssjuksköterskan. Utifrån vad bedömningsamtalet ger kan remissgruppen göra en ny prioritering.

#### 4.4.2 Ingen möjlighet att kontakta väntande patienter

Det finns enligt överläkaren ingen rutin för att ta kontakt med patienter utan att något särskilt inträffat och att patienten eller närstående signalerat om detta. Man förlitar sig på den information som finns i remissen och den medicinska bedömning som gjorts utifrån den. Enligt överläkaren finns inte något tidsmässigt utrymme att ringa upp alla som väntar.

Överläkaren känner sig ganska trygg med att de som mår dåligt får hjälp i tid. De som får vänta länge är den grupp man bedömt ha en högre funktionsgrad, t.ex. de som remitterats för att göra en ADHD-utredning.

För att inte väntetiden till nästa besök ska bli för lång har den intervjuade behandlaren som rutin att vid ett första besök boka in tider för 3-5 besök framåt.

Det optimala för den typ av behandling som behandlaren ger är kontinuitet, gärna med träff varje eller varannan vecka t.ex. i kombination med telefonkontakt. På grund av den höga arbetsbelastningen är det dock inte möjligt att erbjuda denna kontinuitet i dagsläget.

#### 4.4.3 Bedömning

- Det finns ingen rutin för att kontrollera patientens hälsotillstånd under väntetiden, man förlitar sig på den information som insamlas vid mottagningen och remissgruppens medicinska bedömning samt att patienten eller närstående signalerar om försämring sker. Vi bedömer att detta är ett område som kan utvecklas.

## 5 SLUTSATS OCH SVAR PÅ REVISIONSFRÅGOR

Granskningens övergripande syfte har varit att svara på om det finns en tillfredsställande kontroll av att den psykiska ohälsan hos barn och ungdomar inte försämras i väntan på ett första besök och/eller fördjupad utredning/behandling.

I tabellen nedan redovisas svar på granskningens revisionsfrågor:

| Revisionsfråga   | Bedömning | Kommentar  |
|--|-----------|--|
| Finns en tillfredsställande uppföljning och kontroll av väntelistornas tillförlitlighet till barn- och ungdomspsykiatri? | Nej       | Mål för utredning/behandling har inte följts upp och återredovisats. En översyn av registreringen pågår, men det saknas stöd och support från regionstaben för att utveckla och förbättra statistiken.<br><br>Rutiner för kontroll av väntande patienter under behandling har varit bristfälliga men förutsättningar finns till förbättring i och med omorganisationen 2017. |

|  |               |   |
|--|---------------|---|
| <p>Finns rutin för att göra en medicinsk bedömning av hur lång väntetiden högst bör vara i samband med att patienten sätts upp på väntelistan till utredning och behandling?</p> | <p>Ja</p>     | <p>Utifrån den beskrivna processen bedömer vi att rutin finns. Det är dock en stor andel som inte får ett första besök inom 30 dagar.</p> <p>Det är en brist att rutinerna för hantering av remisser inte är kända och dokumenterade. Rutinerna bör anpassas till Socialstyrelsens föreskrifter och regionens rutiner.</p>  |
| <p>Finns bevakningsrutin av om den medicinskt betingade väntetiden överskrids?</p>   | <p>Delvis</p> | <p>Bevakningsrutin för den centrala kön finns men hanteras av ett fåtal personer vilket innebär att rutinen är sårbar. Rutinen kan även innebära risk för felaktig prioritering. Den centrala kön kommer dock försvinna i och med omorganisationen.</p> <p>För bevakning av patienter under behandling finns en stor brist. Det finns ingen ändamålsenlig rutin och inte heller något stöd i journalsystemet för bevakning. I och med att teamens ledarroll förändras 2017 kommer en kontrollfunktion enligt uppdragsbeskrivning tydliggöras.</p> |
| <p>Finns rutiner för att säkerställa att inte patienter försämras i väntan på ett första besök hos barn- och ungdomspsykiatrien?</p>   | <p>Nej</p>    | <p>Det saknas rutin för att kontrollera väntande patienters hälsotillstånd och det finns ingen plan på att ta fram en sådan. Man förlitar sig på att patient eller närstående signalerar om försämring sker.</p>  |
| <p>Finns rutiner för att säkerställa att inte patienter försämras i väntan på fördjupad utredning/behandling?</p>  | <p>Nej</p>    | <p>Det finns ingen rutin för att kontrollera väntande patienters hälsotillstånd. Information lämnas om vilka kontaktvägar som finns om patienten blir sämre. En ambition finns om att kontakta patienter mellan träffarna, men det är i dagsläget inte möjligt på grund av tidsbrist.</p>   |
| <p>Finns rutin för att kontrollera att patientens hälsotillstånd inte märkligt försämras om faktisk väntetid riskerar överskrida den planerade väntetiden?</p>                   | <p>Delvis</p> | <p>För de som väntar på ett första besök kan mottagningen erbjuda ett bedömningsamtal. Det finns dock ingen rutin för detta utan bygger till stor del på att patienten eller närstående signalerar om försämring uppstått.</p> <p>För patienter under behandling finns ingen rutin för detta, men en ambition finns att kontakta patienter mellan behandlingsträffarna.</p>   |
| <p>Sker kontroll av följsamheten av rutinerna för att säkerställa att väntande patienter inte försämras?</p>   | <p>Nej</p>    | <p>Utifrån vad som framkommit sker ingen kontroll av de rutiner som nämnts.</p>   |

## 6 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

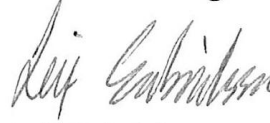
---

Projektledare:



Therese Norrbelius  
Kommunal yrkesrevisor

Kvalitetssäkring:



Leif Gabrielsson  
Revisionsdirektör