

Bedriver Bup Halland en ineffektiv verksamhet?

eller

Varför har vi så svårt att förklara Bups verksamhet?

Goran Delic
Förvaltningschef Psykiatri Halland
240911

Under den senaste tiden har frågan om barn- och ungdomspsykiatri (Bup) nationellt sett förmodade låga produktivitet hamnat i medialt fokus. Frågan är inte ny, men troligtvis på grund av frågans komplexitet har den aldrig riktigt kunnat besvaras på ett mer heltäckande sätt, varför frågan över tid tenderar att återkomma.

Nu gör vi ett försök att ge ett bredare svar. För det är precis det vi måste göra, lägga ett helhetsperspektiv på frågan eller närmare bestämt på flödet. Detta gör vi genom att bland annat definiera begrepp som produktivitet, kvalitet, utredning och behandling, kö samt medicinsk logistik och sätta det i en Bup-kontext. Men vi går rakt på sak direkt.

Vad kan vi säga om produktiviteten och kvaliteten inom Bup Halland?

Detta avsnitt är författat i samarbete med Stefan Lemon verksamhetschef Bup, Mattias Sässersson avdelningschef En väg in – kontaktcenter barn och ungas psykiska hälsa, Håkan Jarbin chefsöverläkare och docent Bup samt Markus Andersson med.dr och psykologiskt ledningsansvarig.

Det finns flera olika sätt att utvärdera produktivitet och kvalitet av barnpsykiatrisk vård men vi använder oss av två etablerade mått.

Det första måttet gäller om de barn som har psykiatrisk problematik också får tillgång till vårdinsatser. Historiskt har det nationellt, såväl som internationellt sett, varit ett problem att de svårast sjuka och/eller funktionshindrade barnen och de socialt mest belastade familjerna inte nås av vårdinsatser. Bup Halland (inklusive barnpsykiatriens första linje-nivå) har idag pågående vård av cirka 16 procent av samtliga barn i åldrarna 7–17 år (genomsnitt i riket är 10,5 procent).

Vi har under en lång rad år följt vårdtyngd samt demografisk fördelning hos de barn och familjer som kommer i kontakt med Bup. Vår data visar att Bup Halland idag når de barn med störst psykiatrisk problematik och de familjerna med hög social belastning. Vården har blivit mer likvärdig och barnets tillgång till vård är i låg grad beroende av familjens förmåga att navigera i sjukvårdssystemet.

Det andra måttet rör huruvida våra behandlingsinsatser har effekt. Vi har under snart 20 år mätt detta genom att vårdnadshavare skattar barnets symtom, funktion i skola, hem och med kamrater samt familjens belastning. Detta görs dels då familjen söker vård, dels ett år efter inledd kontakt.

Svarsfrekvensen ligger på cirka 85 procent (cirka 2 000 uppföljningar varje år). Vår senaste sammanställning 2023/2024 visar på effektstorlekar på 1,0–1,6 för våra största patientgrupper, det vill säga barn som lider av adhd, depression, ångestsyndrom och/eller beteendesyndrom. Vid utvärdering av vård brukar effektstorlek på 0,8 anses vara god effekt. Vi har också störst behandlingseffekt för barn med allvarligast psykiatrisk problematik.

Resultaten sticker ut positivt även när vi jämför med andra regioner i Sverige samt mottagningar i Kanada som använder sig av liknande uppföljningssystem.

Vi kan således fastslå att sedan vi systematiskt började mäta vårdkvalitet för cirka 20 år sedan har vi aldrig vårdat fler barn än nu och inte haft så goda behandlingsresultat som nu. Uppgifter om detta är publicerade och offentliga.

Hur upplever patienterna själva Bup Hallands verksamhet?

I de preliminära resultaten av SKR:s Nationella patientenkät (publiceras 240930) rankas Bup Halland väldigt högt ur ett helhetsintryck.

I detta ingår variabler som tillgänglighet, bemötande etc. Patienterna är således över lag nöjda med den verksamhet vi bedriver. Bup Halland är också en av de regioner som utreder och behandlar flest utomlänspatienter.

Bup-processen – en utmaning att beskriva flödet

De allra flesta börjar sin resa genom ett telefonsamtal till En väg in – kontaktcenter barn och ungas psykiska hälsa. Där säkerställer man att patienter i behov av hälso- och sjukvård hamnar på rätt vårdnivå och prioriteringen görs alltid efter medicinskt behov. Detta är viktigt att ta med sig genom hela processen; medicinsk prioritering gäller och ingenting annat.

Om patienten efter bedömning på En väg in visat sig ha behov av insatser på första linjenivå eller specialistnivå går man i regel vidare till en Bup-mottagning eller någon av våra tre mottagningar för Barn och ungas psykiska hälsa.

Vid första besök görs en noggrann genomgång där patienten/föräldrarna beskriver varför de valt att söka. I samband med detta besök kan behandlaren eventuellt fastställa en diagnos. Därefter tas beslut om behandling eller fortsatt utredning.

Vi kan i detta sammanhang konstatera att Halland arbetar utifrån vedertagna medicinska riktlinjer och prioriterar utifrån detta.

Fortsatt utredning och behandling – en logistisk utmaning?

En utredning handlar mycket om informationsinhämtning och kommunikation med skolor, övrig sjukvård, socialtjänst, anhöriga etc, vilket kan ta tid. Denna information är av yttersta vikt för att kunna ställa rätt diagnos.

Efter diagnos startar en process som utgår från stegvis vård för att dels hushålla med resurser, dels göra mindre påverkan på patientens tillvaro.

I Halland är det just informations- och kommunikationsprocessen med omvärlden som har utvecklats för att få en smidigare process och logistik. Genom digital samverkan med till exempel skolan har ledtiderna kapats och patienterna sluppit besök som i detta sammanhang kan benämnas som onödiga.

Detta flöde bygger mycket på att skolorna gör ett bra förarbete, vilket skolorna i Halland gör. Vi kan också konstatera att Halland i en nationell jämförelse inte har långa väntetider. Ett tecken på det är inflödet från andra regioner.

Efter en utredning kan man vara i behov av olika former av behandlingar och insatser. Utifrån ett löpande band-tänk kan man tänka sig att processen nu är i sin slutfas och patienten kan fortsätta ut ur systemet. Men är det så inom Bup?

Avslutad behandling kan initiera en ny utredning som kan initiera en ny...

För att få perspektiv på frågan måste vi ge en beskrivning av patientvolymen i Halland. Vi har idag ca 8 000 aktuella unika patienter. Sett under åren så är 25 procent av alla patienter kvar 2023 som blev aktuella 2017.

Räknar vi bort alla som blir 18 år och går över till vuxenpsykiatri så handlar det mycket om att patienterna inte lämnar Bup enligt löpande band-principen. Motsvarande siffra för vuxenpsykiatri är ca 45 procent.

En del av förklaringen kan härledas till ESSENCE, vilket är ett paraplybegrepp för utvecklingsvariationer som språksvårigheter, autism, adhd o s v. Innebörden i begreppet är att problemen och svårigheterna hos patienterna förekommer samtidigt men kan framträda olika vid olika perioder i livet.

Ovan innebär att patienterna efter utredning och behandlingsinsats i mer eller mindre omfattning kan återkomma med behov av nya utredningar över tid. Det kan till exempel vara autism som kräver nya former av insatser, ny medicinering som efter tid kräver en ny statusuppdatering och reviderade insatser som kräver ytterligare insatser. Detta innebär att Bup karaktäriseras av mängder av mikroinsatser och mikroflöden.

Medicinsk logistik – en viktig del i flödeshanteringen

Medicinsk logistik innebär att vi måste fundera på var vi skall sätta in våra resurser utifrån medicinska prioriteringar och verksamhetens perspektiv. De går hand i hand.

För en läkare handlar det inte bara om att ha ett personligt möte med varje patient utan varje läkare hanterar dagligen cirka 30-40 patientärenden via sjuksköterskor, handledning av ST-läkare, receptförskrivningar, samtal med skolor, övrig sjukvård etc. Psykologer, socionomer, sjuksköterskor jobbar alla mer eller mindre på samma sätt för att hantera alla dessa mikroprocesser.

Var i Bups flöde skall då resurserna sättas in?

Ovan innebär således: satsar vi mer av våra resurser på fler fysiska besök riskerar det bli köer längre fram i kedjan.

Satsar vi på sammanhållen vård, digitala kommunikationsformer och ett utvecklat samarbete med bland annat skolan kan det bli ännu bättre både för individen som för det

övergripande flödet, även om det kan innebära att vi fysiskt sett träffar färre patienter. Detta är Psykiatrin Hallands strategi.

Ur ett nationellt perspektiv har vi idag i Halland en bra balans i alla våra korta och långa flöden, behandlingsresultat och patientnöjdhet och då ligger vi på 1,9 besök/dag/behandlare exkluderat administrativ personal.

Avgörande i sammanhanget är att förstå att hela Bup-flödet baseras på den medicinska bedömningen för den enskilde patientens bästa i relation till den samlade resursen.

Är det då fel att kräva att man ökar antalet fysiska besök/dag?

Frågan är inte helt okomplicerad att svara på. Ambitionen är god att man strävar efter att hjälpa så många, så bra och snabbt som möjligt och att arbeta bort onödig administration etc. Utifrån det perspektivet är ambitionen inte fel.

Men om man inte beaktar helheten och bara försöker att öka antalet fysiska besök, i tron att det ger en mer tillgänglig och effektiv vård, kan det rent av bli kontraproduktivt.

Vi kan alltså öka fysiska besök men sammantaget sett, och som vi beskrivit ovan, riskerar vi då att få större interna köer, missnöje från både patienter och anställda och där den medicinska vinsten kan diskuteras.

Bedriver således Bup Halland en ineffektiv verksamhet?

Utifrån ovan måste svaret bli ett entydigt – **nej**.

Bup Halland bedriver både en effektiv och kvalitetsmedveten verksamhet med hög patientnöjdhet trots att patientökningarna varit 10 procent varje år i snart 10 år. Vi kommer fortsätta att sträva efter att bli både bättre och effektivare men alltid med patientens bästa i fokus.

Region Halland
Box 517, 301 80 Halmstad
regionen@regionhalland.se
regionhalland.se