



BÄSTA LIVSPLATSEN

# Region Halland

**TID:** 2017-04-04  
**PLATS:** PwC:s lokaler, Halmstad

**Närvarande:** Jan-Erik Martinsen  
Gösta Gustafsson  
Lena Olofsdotter  
Lars Gustafsson  
Eva Hudin

Sekr Kerstin Sikander

## § 1

### **Revisionsrapport Styrning av närsjukvårdens ansvar avseende psykisk ohälsa**

PwC har på uppdrag av revisorerna inom Region Halland genomfört en granskning av vården avseende psykisk ohälsa inom Vårdval Halland.

Granskningens syfte är att besvara frågan om Regionstyrelsens och Driftnämnd närsjukvårds styrning är ändamålsenlig så att behoven hos personer med psykisk ohälsa tillgodoses. Inom ramen för granskningen har ett antal kontrollfrågor varit vägledande för den samlade bedömningen och svaret på revisionsfrågan.


Efter genomförd granskning är den samlade bedömning att Regionstyrelsens och Driftnämnd Närsjukvårds styrning *inte är helt* ändamålsenlig så att behoven hos personer med psykisk ohälsa tillgodoses. Granskningen visar på att den formella styrningen i form av riktlinjer och regler i styrdokument är tydlig och kommunicerad men att det i den praktiska tillämpningen av styrdokumentet finns brister som har en negativ påverkan på vården av personer med psykisk ohälsa. Bedömning är att detta många gånger dels är att hänföra till brister i dialogen mellan vårdenheterna och den specialiserade psykiatriska vården, dels även till bristande tillgång till kontinuerlig och fast kompetens inom såväl den specialiserade psykiatrin som vårdvalsenheterna.


I rapporten ges flera rekommendationer för fortsatt utveckling av vården av personer med psykisk ohälsa.


Revisorerna beslöt

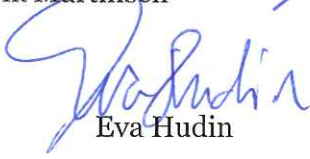
att översända rapporten till Regionstyrelsen samt Driftnämnd Närsjukvård med begäran om svar senast 2017-06-15 om vilka åtgärder nämnderna avser att vidta med anledning av resultatet i granskningen.


att översända rapporten till de lokala nämnderna för kännedom.

  
Jan-Erik Martinsen

  
Gösta Gustafsson

  
Lars Gustafsson

  
Eva Hudin

  
Lena Olofsdotter

Bilaga: Revisionrapport Granskning av styrning av närsjukvårdens ansvar avseende psykisk ohälsa

Svar sänds till: [regionen@regionhalland.se](mailto:regionen@regionhalland.se)

## Revisionsrapport

Anders Törnqvist

Mars 2017

# *Granskning av styrningen av närsvårdens ansvar avseende psykisk ohälsa*

Region Hallands  
revisorer

## Innehållsförteckning

<b>1.</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>1</b>
1.1.	Bakgrund .....	1
1.2.	Syfte och revisionsfrågor .....	1
1.2.1.	Revisionsfråga .....	1
1.2.2.	Revisionskriterier .....	2
1.2.3.	Metod, genomförande.....	2
<b>2.</b>	<b>Resultat.....</b>	<b>3</b>
2.1.	Är regionens organisation och planering av närsjukvården ändamålsenlig för personer med psykisk ohälsa? .....	3
2.1.1.	Iakttagelser .....	3
2.1.1.1.	Omfattning av psykisk ohälsa.....	3
2.1.1.2.	Ansvarsstruktur och organisation .....	5
2.1.1.3.	Mål och krav på närsjukvården .....	7
2.1.1.4.	Samverkan .....	8
2.1.2.	Bedömning.....	9
2.2.	I vilken mån är närsjukvården organiserad för att ta hänsyn till de listade patienternas behov avseende psykisk ohälsa?.....	11
2.2.1.	Iakttagelser .....	11
2.2.1.1.	Vårdbehov.....	11
2.2.1.2.	Tillgänglighet.....	13
2.2.2.	Bedömning.....	15
2.3.	Vilken styrning finns från regionen genom exempelvis vårdval och kravspecifikationer vad gäller psykiatri inom närsjukvården? .....	16
2.3.1.	Iakttagelser .....	16
2.3.2.	Bedömning.....	17
2.4.	Hur ser styrningen ut när det gäller de enskilda vårdcentralernas utbud?. 17	
2.4.1.	Iakttagelser .....	17
2.4.1.1.	Remissflöde och remitteringsmönster .....	19
2.4.2.	Bedömning.....	22
2.5.	Görs uppföljningar av patienternas behov och är befintligt utbud av stöd och personal anpassat för att möta detta behov? Hur arbetar vårdcentralerna med att anpassa sin organisation efter befolkningens behov av psykiatri? .....	23
2.5.1.	Iakttagelser .....	23
2.5.2.	Bedömning.....	24
2.6.	Vilken samverkan finns mellan närsjukvård och psykiatri? .....	24
2.6.1.	Iakttagelser .....	24
2.6.2.	Bedömning.....	25

---

2.7.	Hur sker det förebyggande arbetet vad gäller psykiatri inom närsjukvården? .....	25
2.7.1.	Iakttagelser .....	25
2.7.2.	Bedömning.....	26
<b>3.</b>	<b>Sammanfattande bedömning och svar på revisionsfrågan .....</b>	<b>27</b>
3.1.	Granskningens kontrollfrågor .....	27
3.2.	Svar på revisionsfrågan .....	29
3.3.	Rekommendationer.....	30

# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

Personer med psykisk ohälsa ska ha samma tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet som personer med somatisk ohälsa. Återkommande uppföljningar och utvärderingar indikerar att denna målsättning inte fullt ut återspeglas när det gäller målgruppens nuvarande situation.

I Region Halland ska vårdenheterna inom närsjukvården, enligt Vårdval Hallands uppdragsbeskrivning, utan avgränsningar vad gäller såväl fysiska som psykiska sjukdomar, ålder eller patientgrupp, efter professionell bedömning, tillgodose och svara för individens behov av medicinska rådgivning, diagnostik, behandling, omvårdnad förebyggande och rehabiliterande åtgärder som inte kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser, annan särskild kompetens eller som täcks av annan huvudmans ansvar.

Vårdenheten ska vara förstahandsvalet när någon behöver vård. Uppgiften för vårdenheterna är att ge den hälso- och sjukvård som inte kräver sjukhusets akuta insatser samt att lotsa rätt inom specialistvård och psykiatri.

Det finns tecken på att den psykiska ohälsan ökar i landet. Vårdenheterna inom vårdvalet har en viktig uppgift att både förbygga och behandla psykisk ohälsa.

Mot bakgrund av detta har regionens revisorer beslutat sig för att granska styrningen av arbetet inom området psykisk ohälsa inom vårdval Halland.

## 1.2. Syfte och revisionsfrågor

### 1.2.1. Revisionsfråga

Syftet med granskningen är att besvara frågan om Regionstyrelsens och Driftnämnd Närssjukvårds styrning av närsjukvården är ändamålsenlig så att behoven hos personer med psykisk ohälsa tillgodoses.

Som underlag för att besvara den övergripande revisionsfrågan har följande delfrågor formulerats:

- Är regionens organisation och planering av närsjukvården ändamålsenlig för personer med psykisk ohälsa?
- I vilken mån är närsjukvården organiserad för att ta hänsyn till de listade patienternas behov avseende psykisk ohälsa?
- Vilken styrning finns när det gäller de enskilda vårdcentralernas utbud?
- Är befintligt utbud av stöd och personal anpassat för att möta patienternas behov?
- Vilken samverkan finns mellan vårdcentraler och psykiatri?

- Hur sker det förebyggande arbetet vad gäller psykiatri inom närsjukvården?

### *1.2.2. Revisionskriterier*

Revisionskriterierna hämtas från Hälso- och sjukvårdslagen och aktuella styrdokument och uppföljningsrapporter.

### *1.2.3. Metod, genomförande*

Granskningen har genomförts genom studier av olika styrdokument som exempelvis uppdragsbeskrivningar och förfrågningsunderlag för närsjukvården, handläggningsöverenskommelser mellan närsjukvården och psykiatri, årsredovisningar och verksamhetsberättelser.

Intervjuer har gjorts med representanter för vårdcentraler, förvaltningschef för närsjukvården, företrädare för ledningen inom vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri samt ansvarig för barn- och ungdomsteamet. Samtal har också förts med personal från regionkontoret, vilka även har bistått med olika former av underlagsmaterial.

Statistikuppgifter avseende diagnoser och remisser har erhållits från regionkontorets enhet för uppföljning och analys.

De intervjuade har haft möjlighet att lämna synpunkter på ett utkast av rapporten.

## **2. Resultat**

I det följande redovisas iakttagelser och bedömning för varje delfråga. Delfrågorna är i många fall överlappande vilket innebär att redovisade iakttagelser i vissa fall upprepas.

Med begreppen "närsjukvård/närsjukvården" avses i den fortsatta framställningen, om inget annat anges, den *verksamhet som bedrivs inom ramen för vårdvalet* oavsett om verksamheten drivs av Regionen eller privat.

### **2.1. Är regionens organisation och planering av närsjukvården ändamålsenlig för personer med psykisk ohälsa?**

#### **2.1.1. Iakttagelser**

Begreppet *psykisk ohälsa* används som en övergripande term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom. Psykiska besvär beskriver olika tillstånd då människor visar tecken på psykisk obalans eller symtom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. De psykiska besvären kan beroende på typ och omfattning i olika grad påverka funktionsförmågan. Psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder är när symtom eller funktionsnedsättning är av den typ eller grad att det kvalificerar till en diagnos.

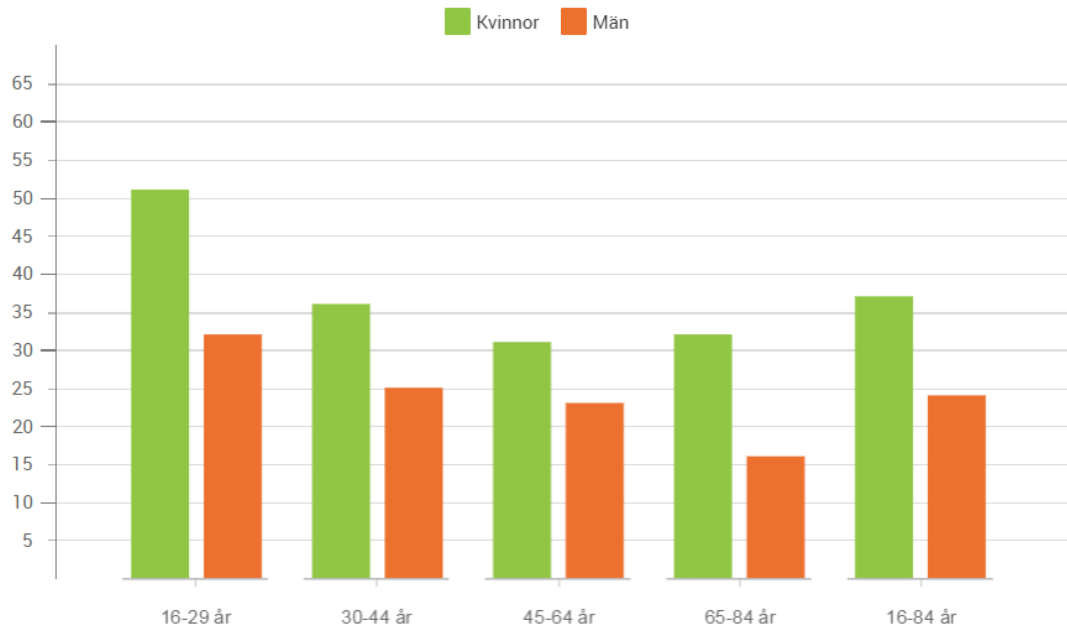
##### **2.1.1.1. Omfattning av psykisk ohälsa**

I intervjuerna framkommer tydligt ett upplevt ökat antal patienter med psykisk ohälsa. Uppfattningar om att "var och varannan patient" lider av psykisk ohälsa i någon form förekommer.

Figuren nedan är hämtad från redovisningen av Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät "Hälsa på lika villkor" från år 2015, som bland annat innehåller frågor kring psykiska besvär, till exempel ångslan, oro eller ångest.

Den nationella folkhälsoenkäten visade att 30 procent av befolkningen upplever att de har lindriga besvär av ångslan, oro eller ångest. Besvären rapporterades oftare av kvinnor (37 procent) än av män (24 procent). Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest angavs av sex procent av kvinnorna och tre procent av männen.

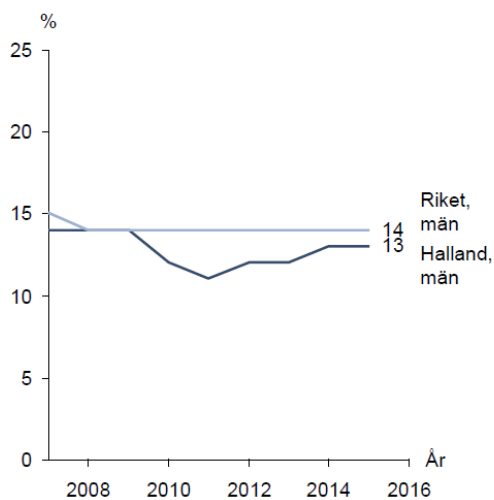




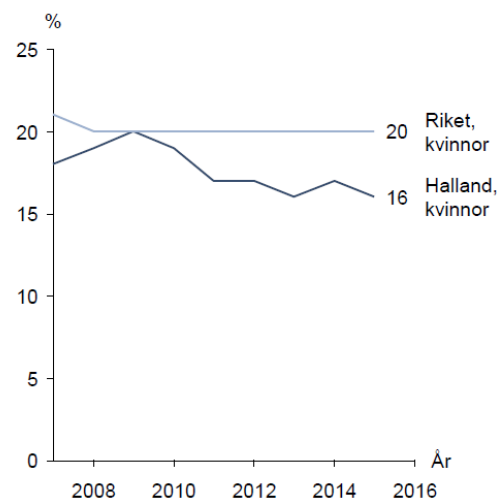
Andelen kvinnor som upplever besvär är större än andelen män för alla åldrar. Över hälften av kvinnorna i åldern 16-29 år upplever enligt undersökningen besvär av oro, ångslan eller ångest.

För Hallands del visar enkäten att ca 13 procent av männen och 16 procent av kvinnorna i åldrarna 16-84 år bedömer sitt *psykiska välbefinnande vara nedsatt*, se nedan. (Figurerna hämtade från "Faktaunderlag till Hallands Hälso- och sjukvårdsstrategi", juni 2016)

Andel män 16-84 år som beräknats ha nedsatt psykiskt välbefinnande, 2007-2015



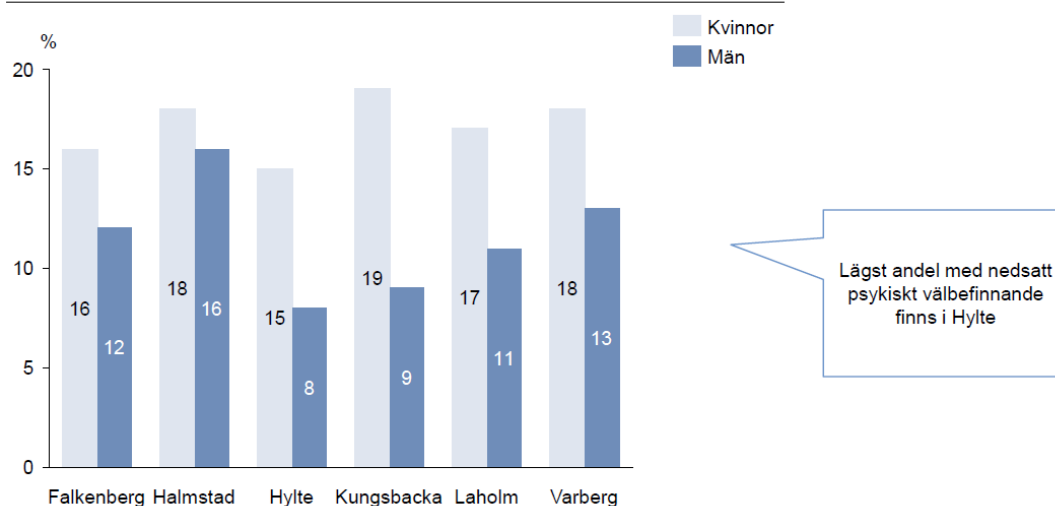
Andel kvinnor 16-84 år som beräknats ha nedsatt psykiskt välbefinnande, 2007-2015



För männen kan inga större förändringar iaktas för åren 2017-2015, en viss minskning har dock skett bland kvinnorna där också andelen är klart lägre än genomsnittet i riket.

I följande figur åskådliggörs resultatet på kommunnivå.

Andel som har nedsatt psykiskt välbefinnande i Hallands kommuner 16-84 år, 2015



Variationen mellan kommunerna är störst för männen (16-84 år). Åtta procent av männen i Hylte upplever nedsatt psykiskt välbefinnande, medan andelen är dubbelt så stor, 16 procent, i Halmstad. Variationen är betydligt mindre för kvinnorna, mellan 15 procent (Hylte) och 19 procent (Kungsbacka).

Enligt en artikel i Läkartidningen 2014:111 så har olika studier uppskattat att ca 25-30 procent av dem som söker till primärvården har ett psykiskt lidande. I samma artikel redovisas även resultat från en granskning landstingsrevisorerna i Stockholms län genomfört. Granskningen visade att av dem som besökt en husläkare så fick 7 procent en psykiatrisk diagnos, men att sammanlagt 20 procent fick hjälp för psykisk ohälsa, främst i form av förskrivning av psykofarmaka. En mindre andel fick besök hos kurator, psykolog eller psykoterapeut.

### 2.1.1.2. Ansvarsstruktur och organisation

År 2007 infördes Vårdval Halland. Vårdvalsmodellen innebär att närsjukvård ges av såväl privata vårdgivare som regionens egna vårdcentraler, och en hälso- och sjukvårdspeng följer varje invånare till den vårdenhet han eller hon väljer. Privata och offentligt drivna vårdcentraler arbetar utifrån samma förutsättningar. Målet är att den nära vården ska svara för 80 procent av hallänningens öppna sjukvård.

Av uppdragsbeskrivning och förfrågningsunderlag för vårdval i närsjukvården framgår att Vårdval Halland är en central del i Region Hallands strategi att göra närsjukvården till ett naturligt förstahandsval för medborgarna. Vårdgivarna ska tillgodose de listade patienternas behov av hälso- och sjukvård, använda bästa tillgängliga kunskap i verksamheten och leva upp till allmänt accepterade professionella standarder. Vårdenheterna ska ge den vård som inte kräver sjukhusresurser och lotsa vidare till psykiatri eller specialiserad vård i de fall den egna kompetensen inte räcker till.

Vårdenheternas uppdrag är att:

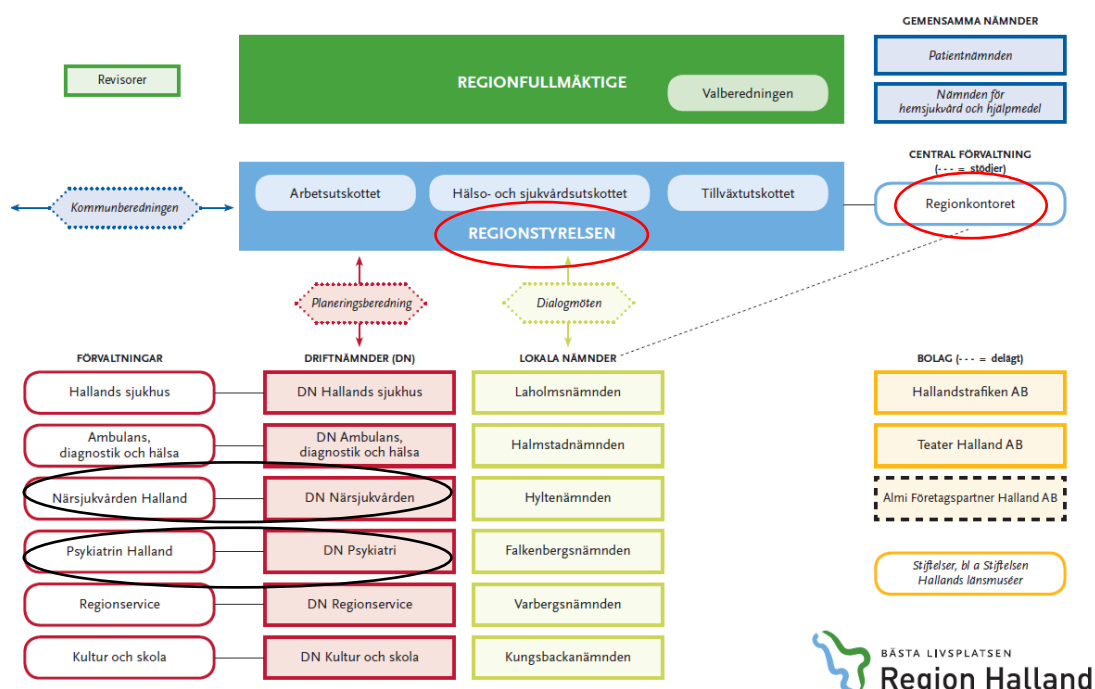
- Ge hälso- och sjukvård
- Ge råd om hälsa och arbeta förebyggande

- Ge barnhälsovård utifrån behov
- Ansvara för rehabilitering
- Ge hemsjukvård enligt avtal med Hallands kommuner
- Utfärda olika typer av intyg, t.ex. vårdintyg
- Förskriva hjälpmedel

Inom Vårdval Halland har varje enhet stor frihet att utforma vården. Vårdenheten måste dock ansluta sig till den informationsstruktur som beslutats och uppfylla Region Hallands krav på verksamheten, vilka finns preciserade i uppdragsbeskrivning och förfrågningsunderlag.

Inom regionen finns 24 vårdcentraler som drivs av regionen och 24 privat drivna.

Bilden nedan visar Region Hallands organisation.



Regionstyrelsen har enligt reglementet ansvaret att utöva ledningen av det övergripande hälso- och sjukvårdssystemet. I detta ansvar ligger att svara för upphandling och träffa avtal med externa vårdgivare och att följa upp och utvärdera verksamheten, såväl verksamhet som bedrivs i egen regi som till annan utlagd. Regionstyrelsen har Regionkontoret till förfogande för sin förvaltning.

Driftnämnd Närsjukvård har det politiska ansvaret för den verksamhet inom närsjukvården som drivs av regionen.

De vårdenheter som drivs av regionen återfinns inom förvaltningen Närsjukvården Halland.

Förvaltningen Närsjukvården Halland består av två delar, Vårdcentralen Halland och Folk tandvården Halland. Förvaltningens ledning och administration är lokaliserad i Varberg och Halmstad.

Vårdcentralen Halland driver regionens 24 offentligt ägda vårdcentraler och erbjuder vård i Hallands samtliga kommuner. Samtliga vårdcentraler erbjuder BVC-verksamhet samt behandling inom hälsa- och rehabilitering. Vid vårdcentralerna arbetar ca 800 medarbetare inom yrken som sjukgymnaster, distriktsläkare, medicinska sekreterare, distriktsköterskor, psykologer, undersköterskor, bvc-sköterskor, arbetsterapeuter med flera.

Psykiatrisk vård på specialistnivå är samlad i en förvaltning, Psykiatrin Halland. Här ingår bland annat barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri i hela Halland. Ansvarig nämnd är Driftnämnd Psykiatri. Inom Psykiatrin Halland finns drygt 600 anställda på ett trettiotal mottagningar, vårdavdelningar och team. Psykiatrisk öppenvård bedrivs i alla de sex halländska kommunerna och heldygnsvård i Halmstad och Varberg.

Sedan år 2014 ingår i vårdvalet även möjlighet att välja specialistvård för vissa diagnoser inom vuxenpsykiatrin. Det går att välja mellan specialistvårdsmottagningar som är privata eller som drivs av Region Halland, och patienten betalar vanlig patientavgift oavsett driftsform. Remissfrihet råder och patienten kan välja egenremiss till samtliga enheter.

Vårdval Halland återfinns organisatoriskt inom Regionkontoret.

### 2.1.1.3. Mål och krav på närsjukvården

Uppdragsbeskrivning och förfrågningsunderlag för närsjukvården omfattar generella mål och krav på närsjukvården och krav på leverantörernas företag och gällande avtalsvillkor. För vårdgivare som uppfyller och accepterar villkoren skrivs ett grundavtal som gäller i tio år, villkoren uppdateras dock årligen av Region Halland. Utöver de generella villkoren framgår beträffande vårduppdraget följande:

- Vårdenheten ska utan avgränsningar vad gäller såväl fysiska som psykiska sjukdomar, ålder eller patientgrupp, efter professionell bedömning, tillgodose och svara för individers behov av medicinsk rådgivning, diagnostik, behandling, omvårdnad, förebyggande/rehabiliterande åtgärder som inte kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser, annan särskild kompetens eller som täcks av annan huvudmans ansvar
- Vårdenheten ska ta emot, bedöma och behandla, akut sjuka och skadade, oavsett om de valt den specifika vårdenheten eller inte
- Vårdenheten ska svara för att patientens behov av medicinsk service tillgodoses i en omfattning som motsvarar behovet
- Vårdenheten ska främja effektiva vårdprocesser, Regionala standardiserade vårdförlopp och i allt övrigt samverka med andra vårdgivare och huvudmän så att patienter och anhöriga upplever vården i Halland som en helhet. SVF Region Halland
- Vårdenheten ska se till att patienten får vård på rätt vårdnivå

- Vårdenheten ska ge patienten nödvändig information om sin sjukdom och tillgängliga behandlingsalternativ. Vårdenheten ska också mobilisera och stödja patientens egna resurser (egenvård) i behandlingsarbetet och för att öka välbefinnandet och förhindra försämringar
- Vårdenheten ska i sin vård av patienter använda bästa tillgängliga kunskap såsom den uttrycks i nationella riktlinjer, nationella vårdprogram och regionala vårdriktlinjer, terapirekommendationer samt i övrigt fastställda handläggningsöverenskommelser.
- Vårdenheten ska, i takt med att beslut fattas, överta patienter från den öppna specialiserade vården i de fall närsjukvård är rätt vårdnivå. Hallands Sjukhus ska samverka med vårdvalsenheterna i detta uppdrag och i de fall det kan komma att handla om hela patientgrupper ska detta samordnas via Region Halland.
- Missbruks och beroendevård. Vårdenheten ska arbeta aktivt för att identifiera patienter som befinner sig i riskzonen för ett riskbruk avseende alkohol och andra droger. Behandling som sköts utan inblandning av andra aktörer sker inom vårdvalet.
- Vid behov av stöd eller insatser från andra aktörer som t ex socialtjänst, kommer detta uppdrag att vara samlat inom Vårdval Hallands egen regi. Uppdraget omfattar patienter i såväl egen som privat regi.
- Första linjens barn- och ungdomspsykiatri för de patienter som har lindriga symtom och eller psykiska funktionsnedsättningar. Detta uppdrag kommer att vara samlat inom Vårdval Hallands egen regi. Uppdraget omfattar patienter i såväl egen som privat regi.
- Förbyggande insatser för individ och familj:
  - Medicinska och psykosociala interventioner med bedömning, information och rådgivning.
  - Föräldrakonsultationer: Bedömning och vägledning i upplevda problem

Särskilda uppdrag lämnas till Driftnämnd Närsjukvård (egenregin) för första linjens vård av barn och ungdomar med psykisk ohälsa med måttliga symtom och funktionsnedsättningar.

#### 2.1.1.4. Samverkan

Samverkan mellan närsjukvården och psykiatri finns reglerad i två olika dokument; ”*Handläggningsöverenskommelse mellan Vårdval Halland specialiserad öppenvård psykiatri, Vårdval Halland närsjukvård och Psykiatri Halland*” som gäller från november 2015 och ”*Handläggningsöverenskommelse mellan närsjukvård och barn- och ungdomspsykiatrisk specialistvård*” som gäller från november 2016.

Syftet med överenskommelserna är att förtydliga vårdnivåer och ansvarsgränser för vård av patienter med psykisk ohälsa så att patienten får god vård och att resurserna används på rätt sätt.

Av överenskommelsen avseende vuxna framgår att närsjukvården ansvarar för behandling av *lindriga och måttliga* psykiska sjukdomar och störningar och att ansvaret omfattar samtliga behandlingsinsatser av läkare, psykologer, kuratorer m

m för denna patientgrupp. Psykiatrins ansvar omfattar utredning och diagnostik av *svåra* psykiska sjukdomar/störningar, vid behov psykiatrisk slutenvård, vid behov psykiatrisk tvångsvård och insatser då närsjukvårdens insatser är otillräckliga eller då det finns behov av konsultation för diagnostik och bedömning.

I överenskommelsen finns definitioner av lindrig, måttlig och svår psykisk ohälsa. Vidare klargörs att patientansvaret vid remittering ligger hos avsändande enhet tills patienten varit på första besök på mottagande enhet och bedömning gjorts om patienten hör hemma inom närsjukvården eller psykiatrin. Ansvarsfördelning och rutiner vid sjukskrivning och receptförskrivning klargörs liksom samordningsansvaret för patientens behov av rehabilitering och samordnade insatser i samverkan med andra aktörer.

Överenskommelsen mellan närsjukvården och barn- och ungdomspsykiatriska specialistvården (BUP) omfattar en beskrivning av de olika aktörernas uppdrag. Därutöver framgår, i likhet med överenskommelsen för vuxna, definitioner på lindrig, måttlig och svår psykisk ohälsa, riktlinjer för remissers innehåll samt ansvarsfördelningen för omhändertagandet av patienter inom ett antal specificerade diagnosområden. Av överenskommelsen framgår att närsjukvården har ansvar för *lindrig* psykisk ohälsa och att remiss till BUP i normalfallet ska ske vid *måttlig till svår* psykisk störning. Sedan november 2016 finns dock ett team inrättat med organisatorisk placering inom närsjukvården. Geografiskt är teamet placerat i Falkenberg med filialer i Kungsbacka, Varberg och Halmstad. Uppdraget är att arbeta med barn- och ungdomar med *måttlig* psykisk ohälsa. Teamet består av två psykologer och två socionomer med KBT-utbildning och ska verka inom hela Halland.

Under intervjuerna framkommer att överenskommelserna ses som en bra grund för samarbete och ansvarsfördelning men att det uppstår situationer där parterna inte är överens om vem som ska ta ansvar för patienten. Från närsjukvårdens sida finns en upplevelse av att de får ta hand om patienter med svårare besvär än ”lindriga och måttliga” och att benägenheten från psykiatrin att ta emot dessa patienter inte alltid finns. När remisser skrivs till psykiatrin förekommer att dessa kommer tillbaka och att närsjukvården får ta ett fortsatt ansvar för patienten. De leder ibland till ett beteende där man ifrån vårdcentralens sida inte finner någon mening med att remittera patienter och att patienterna därmed blir kvar inom närsjukvården och att tillståndet för dessa ibland kan förvärras. Psykiatrin å sin sida uppfattar sitt uppdrag som att ta hand om patienter med svåra psykiska sjukdomar/störningar och upplevelsen är att de patienter som remitteras inte alltid visar de symptom som motiverar vård inom psykiatrin. Remisser skickas även tillbaka till närsjukvården för att de är otydliga eller ofullständiga vilket innebär att mycket tid åtgår i denna process.

### **2.1.2. Bedömning**

Närsjukvården styrs i första hand genom vårdvalssystemet med tillhörande uppdragsbeskrivning och förfrågningsunderlag. Uppdragsbeskrivningen är omfattande och vår bedömning är att innehållet är etablerat och känt i organisationen.

Vårdenheternas uppdrag är enligt uppdragsbeskrivningen att utifrån målet om *”en hälso- och sjukvård för bättre hälsa”* att arbeta med de prioriteringar som fastslagits i Hallands hälso- och sjukvårdsstrategi. Prioriteringarna ska konkretiseras genom aktiviteter i handlingsplaner och kommer att styras av Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott. Bland de tolv prioriteringar som nämns för år 2017 märks en som mera tydligt kopplar till psykisk ohälsa; *”att säkerställa en sammanhållen vård, bland annat genom att systematiskt använda samordnad individuell plan (SIP<sup>1</sup>) för alla åldrar”*.

Leverantörernas åtaganden finns beskrivet i uppdragsbeskrivningen i en rad punkter. Beskrivningen är relativt allmänt hållen och kan betraktas som en ram inom vilken vårdenheterna kan utforma sin egen verksamhet. När det gäller samverkan mellan närsjukvård och specialiserad vård uttrycks att *”vårdenheten ska, i takt med att beslut fattas, överta patienter från den öppna specialiserade vården, i de fall närsjukvård är rätt vårdnivå.”* Vidare anges att det i vårduppdraget ingår *”första linjens barn- och ungdomspsykiatri för de patienter som har lindriga symptom och/eller psykiska funktionsnedsättningar. Detta uppdrag kommer att vara samlat inom Vårdval Hallands egen regi. Uppdraget omfattar patienter i såväl egen som privat regi.”* I vårduppdraget finns även nämnt förebyggande insatser för individ och familj i form av medicinska och psykosociala interventioner med bedömning, information och rådgivning samt föräldrakonsultationer.

I uppdragsbeskrivningen finns inga specifika krav på kompetens och resurser inom området psykisk ohälsa.

Organisationen måste bedömas svara upp mot behoven som kan identifieras utifrån tillgängliga data. Ur ett tillgänglighetsperspektiv så kan konstateras att det finns vårdenheter över hela länet, psykiatrisk öppenvård bedrivs i alla de sex halländska kommunerna och heldygnsvård i Halmstad och Varberg.

Organisatoriskt finns en tydlig åtskillnad mellan den beställande delen inom regionkontoret, som administrerar Vårdval Halland och den del av verksamheten som utförs i egen regi, vilken sorterar under Driftnämnd Närsjukvård, med tillhörande förvaltning.

Beträffande ansvarsfördelning mellan första linjen och den specialiserade nivån finns en tydlighet *”på papperet”* genom handläggningsöverenskommelserna. Verkligheten så som den beskrivs i intervjuerna visar dock upp en annan bild. Vår bedömning är att brister finns i samverkan och att dessa brister sannolikt leder till att patienter inte får optimal vård. Vår bedömning är att en strukturerad och systematisk dialog mellan första linjens vård, i både privat och egen regi, och den specialiserade vården kan skapa bra förutsättningar för att agera utifrån synsättet att betrakta patienterna som *”våra”* och inte *”mina”* eller *”dina”*.

---

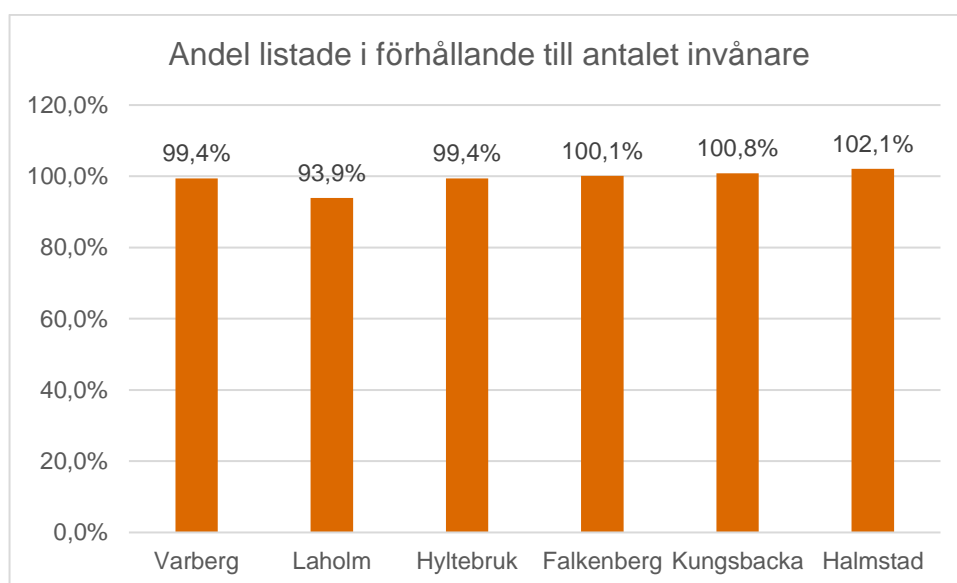
<sup>1</sup> Samordnad individuell plan är lagstadgad sedan 2010 i både HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §). Planen ska upprättas tillsammans med den person som har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård när insatserna behöver samordnas. Detta gäller oavsett personens ålder eller problem. Syftet med planen är att säkerställa samordning.

## 2.2. I vilken mån är närsvården organiserad för att ta hänsyn till de listade patienternas behov avseende psykisk ohälsa?

### 2.2.1. Iakttagelser

Då det inom vårdvalssystemet i princip råder fri etableringsrätt så länge kraven i uppdragsbeskrivning och förfrågningsunderlag uppfylls så ska patienternas behov fångas upp inom ramen för det systemet. Om behov uppstår som inte kan tillgodoses av det befintliga utbudet så finns möjlighet att etablera en ny verksamhet. Systemet förutsätter att patienterna listar sig där de uppfattar att deras behov bäst kan tillgodoses. Det betyder i teorin att patienter med psykisk ohälsa borde lista sig på den vårdcentral/hos den läkare som de anser bäst svarar upp mot deras behov.

I figuren nedan visas andel listade patienter på de vårdcentraler som ligger i kommunen i förhållande till invånarantalet i respektive kommun.



Det är relativt små variationer i listningsgrad mellan kommunerna. Det finns många faktorer som kan påverka var patienterna listar sig, som exempelvis närheten till vårdcentralen, att man arbetar i en annan ort och det är bekvämare att lista sig där, möjligheterna att få en "fast" läkarkontakt och inte behöva träffa hyrläkare m m. Av Vårdanalys rapport 2015.6 "Vårdval och jämlik vård inom primärvården" framgår att faktorer som lättillgänglig information och socioekonomisk bakgrund påverkar inför aktivt val av vårdgivare. Tillgången till vård avseende psykisk ohälsa påverkar sannolikt i någon mån valet men är troligen inte av avgörande betydelse.

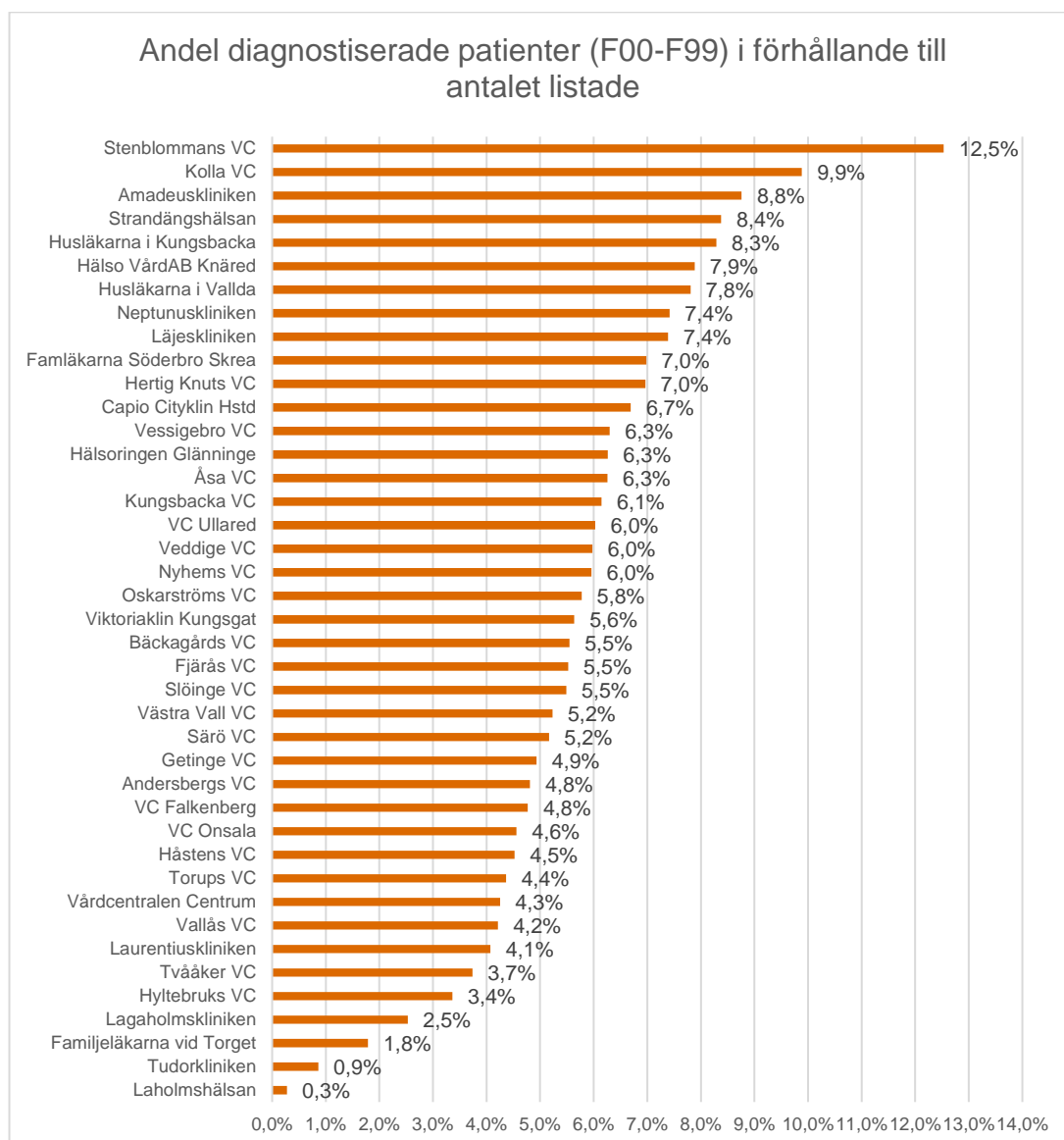
#### 2.2.1.1. Vårdbehov

I ett försök att studera vårdbehovet inom psykisk ohälsa så har vi under granskningen för varje vårdcentral efterfrågat uppgifter om antalet unika patienter som någon gång under år 2016 diagnostiserats för psykisk ohälsa<sup>2</sup>. Uppgifterna har

<sup>2</sup> Diagnosgrupper F00-F99 utifrån klassifikationssystemet KSH97-P



erhållits från avdelningen för uppföljning och analys vid regionkontoret. Uppgifter saknas för några vårdcentraler. I figuren nedan åskådliggörs resultatet.



Sammanlagt är ca 285 000 personer listade vid de olika vårdcentralerna. Av dessa hade under år 2016 ca 16 700 patienter diagnos inom F00-F99, vilket innebär ett snitt på ca 5,9 procent för hela regionen. För flertalet av vårdcentralerna är andelen patienter med diagnos för psykisk ohälsa mellan fyra procent och åtta procent. Största andelen patienter som diagnostiserats har Stenblommans vårdcentral och minsta andelen har Laholmshälsan.

En djupare analys av uppgifterna visar att det är vissa skillnader mellan orterna i regionen. Se tabell nedan.

Ort	Andel patienter med diagnos Foo-F99 (genomsnitt för vårdcentralerna i orten)
Falkenberg	5,6 %
Halmstad	5,5 %
Hylte	3,9 %
Kungsbacka	7,4 %
Laholm	4,5 %
Varberg	5,7 %

Störst skillnad i andelen patienter som diagnostiserats inom Foo-F99 finns mellan Hylte (3,9 %) och Kungsbacka (7,4 %).

Granskningen som gjordes av landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting visade att 7 procent av dem som under år 2011 besökt husläkare fick en psykiatrisk diagnos. Då flera undersökningar visar att ca 25-30 procent av patienterna som besöker en vårdcentral lider av psykisk ohälsa tyder resultatet på att patientgruppen är underdiagnostiserad. Detta behöver dock inte betyda att patientgruppen inte får behandling. Orsakerna till att andelen diagnostiserade patienter inte är högre kan vara flera; brister i journalföringen, oklar diagnostik, andra insatser kan vara mer meningsfulla än att ställa en diagnos.

Intrycket från intervjuerna är en uppfattning om att den psykiska ohälsan ökar och att det är stor spännvidd i den problematik som patienterna uppvisar, från livsstilsorienterade bekymmer till psykisk sjukdom.

I uppföljningen av Vårdval Halland närsjukvård redovisas antalet registrerade besök hos psykolog/kurator/psykoterapeut inom närsjukvården. Som framgår av tabellen nedan har besöken fördubblats mellan åren 2007 och 2015.

	2007	2011	2015
Psykolog/kurator/psykoterapeut	17 101	27 487	34 033

Utvecklingen av antalet besök kan vara en indikator på att den psykiska ohälsan har ökat men även att utbudet av och tillgängligheten till psykolog/kurator/psykoterapeut ökat.

### 2.2.1.2. Tillgänglighet

Tillgängligheten inom närsjukvården följs upp genom att mäta hur många som får träffa en läkare inom vårdgarantins sju dagar. Den senaste statistiken (november 2016) visar att 88 procent av de patienter som behövde träffa en läkare inom primärvården fick sitt besök inom vårdgarantins gräns på sju dagar. Riksgenomsnittet ligger på 86 procent.

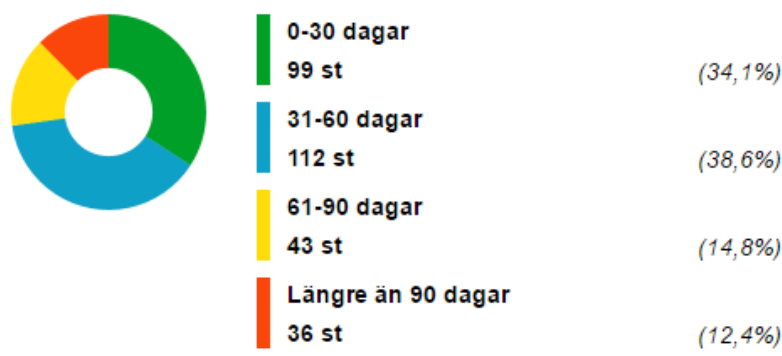
Alla patienter ska få ett förstabesök i den specialiserade vården inom 90 dagar enligt den nationella vårdgarantin. I tabellen nedan visas måluppfyllelsen, d v s

andel patienter som har väntat 90 dagar eller kortare på ett första besök under december månad (senast tillgängliga statistik). Uppgifterna avser besök till allmän psykiatri.

Vårdenhet	Väntande mindre än 90 dagar	Antal väntande totalt (exklusive patientvald väntan)	Antal väntande 90 dagar eller kortare
Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottning, Falkenberg	100 %	21	21
Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottning, Halmstad	83 %	160	133
Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottning, Hylte	100 %	1	1
Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottning, Kungsbacka	98 %	42	41
Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottning, Laholm	83 %	18	15
Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottning, Varberg	88 %	42	37
Åtstörningsenheten, Norra Halland	100 %	2	2
Åtstörningsenheten, Södra Halland	100 %	4	4

Källa: Väntetider i vården, [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se)

Måluppfyllelsen för regionen uppgår i december till 88 procent, vilket innebär att vårdgarantin inte uppnås för alla patienter. I figuren nedan visas hur länge patienterna väntat.



Var fjärde patient har väntat längre än 60 dagar på ett första besök.

För barn och ungdomar finns en förstärkt vårdgaranti som innebär att alla (utöver akuta ärenden) ska få en första bedömning av barn- och ungdomspsykiatrin inom 30 dagar samt att beslutade insatser ska påbörjas inom 30 dagar.

Vårdenhet	Första bedömning	Påbörjad fördjupad utredning/behandling
BUP-mottagning, Falkenberg	67 %	80 %
BUP-mottagning, Halmstad	77 %	73 %
BUP-mottagning, Kungsbacka	52 %	42 %
BUP-mottagning, Varberg	60 %	91 %
Ätstörningsenheten, Norra Halland	100 %	50 %
Ätstörningsenheten, Södra Halland	100 %	0 %

Enligt den senast tillgängliga statistiken (december 2016) är genomsnittet för regionen att två av tre (67 %) patienter får ett första besök inom 30 dagar och för två av tre (66 %) patienter inleds även fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar efter beslut därom.

### 2.2.2. Bedömning

Närsjukvårdens organisering och vårdcentralernas etablering styrs av uppdragsbeskrivningarna inom Vårdval Halland och den etableringsrätt som finns inom ramen för detta. Det innebär att regionens möjligheter att styra närsjukvården med hänsyn till de listade patienternas behov är genom uppdragsbeskrivningen. Uppdragsbeskrivning och förfrågningsunderlag bedömer vi vara etablerat och genomarbetat. Vi uppfattar också genom intervjuerna att det finns god kännedom om innehållet.

Utifrån de uppgifter som erhållits synes det vara betydande skillnader i vårdbehov, mätt som andelen patienter som diagnostiserats för psykisk ohälsa, mellan de olika vårdcentralerna. Vissa skillnader kan även iakttas mellan de olika orterna.

Under de intervjuer som genomförts framkommer en bild av att andelen patienter med psykisk ohälsa ökar. Upplevelsen från vårdcentralerna är även att de i allt högre grad får ta hand om patienter med stora och svåra behov som borde behandlas inom specialistvården. Tillgängligheten till specialistvårdens resurser och kompetens uppfattas vara bristfällig. Målen för den nationella vårdgarantin nås inte för alla patienter inom den allmänna psykiatrin eller barn- och ungdomspsykiatrin.

Det samverkansdokument som ska reglera samverkan mellan närsjukvården och psykiatrin uppfattas vara tydligt och klart men följs inte i alla delar i praktiken. Som exempel nämns att många remisser kommer tillbaka från psykiatrin till vårdcentralen. Se vidare avsnitt 2.4.

Med utgångspunkt i omfattningen och ökningen av den psykiska ohälsan så bedömer vi att det finns ett behov av att se över om resurser och kompetenser för patientgruppen är tillräckliga inom såväl närsjukvården som psykiatrin. En ökad samverkan och förändrade arbetssätt behövs även mellan olika professioner kring patienternas behov och problematik, att i större omfattning vara ett team kring patienten och använda teamets gemensamma kompetenser.

Vår sammantagna bedömning är att närsjukvårdens organisation inte fullt ut kan sägas vara anpassad till patienternas behov.

## **2.3. Vilken styrning finns från regionen genom exempelvis vårdval och kravspecifikationer vad gäller psykiatri inom närsjukvården?**

### **2.3.1. Iakttagelser**

Inga specifika krav finns uttryckta i uppdragsbeskrivningen för närsjukvården vad gäller psykiatri.

Allmänt gäller att för att godkännas som leverantör inom närsjukvården bör vårdenheten enligt uppdragsbeskrivningen redovisa en programförklaring för den planerade verksamheten, på kort och lång sikt. Vårdenheten ska visa att de besitter teknisk, ekonomisk, kunskaps- och kompetensmässig kapacitet och förmåga att bedriva hälso- och sjukvård.

I uppdragsbeskrivningen ställs krav på att vårdenheten beskriver:

- Verksamhetsidé
- Företagets organisation, ledning och ägarförhållanden
- Marknadsföring
- Öppethållande
- Organisation för att utföra uppdraget. Bemanning och kompetens.
- Hur personalens kompetensutveckling säkerställs
- Lokaler och utrustning
- Telefontider

Vidare anges att en kompetensprofil ska anges för den personal som ska bemanna enheten.

Under avsnittet "Uppdrags- och kravspecifikationen" finns nämnt att vårdenheten ska tillgodose patienternas behov av rehabilitering på närsjukvårdsnivå och att fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och psykolog ska medverka i rehabiliteringen. Vårdenheten ska kunna ge tid för nybesök inom 14 dagar till psykolog och kurator.

I uppdragsbeskrivningen för den specialiserade öppenvården klargörs, i likhet med uppdragsbeskrivningen för närsjukvården, generella mål och krav på vårdgivaren. För psykiatrin ingår patienter med diagnos ADD, ADHD, depression, bipolär sjukdom. Det framgår också att vårdenheten ska bistå närsjukvårdens enheter med bedömningar och stöd när ansvarig behandlare inom närsjukvården behöver konsultera specialist.

I handläggningsöverenskommelsen mellan närsjukvården och psykiatrin slås fast att det politiska önskemålet är att patienter med psykisk ohälsa i första hand ska bedömas och omhändertas inom närsjukvården.

Ersättningssystemet är en viktig del av styrningen. Den huvudsakliga delen av en vårdenhets ersättning utgörs av hälso- och sjukvårdspengen. Denna baseras på hur många som personer som listat sig vid enheten, kapiteringsersättningen. Storleken på kapiteringsersättningen beror på den förväntade vårdtyngden utifrån patienternas ålder och kön samt även till viss del socioekonomiska faktorer (CNI)<sup>3</sup>. Innevarande år utgör ålders- och könsersättningen 93 procent och den socioekonomiska ersättningen 7 procent. De faktorer som ingår i den socioekonomiska ersättningen är ålder över 65 år och under 5 år, födelseland, arbetslöshet, andel ensamstående föräldrar med barn 17 år eller yngre, andel lågutbildade. År 2018 ska den socioekonomiska ersättningen uppgå till tio procent.

Vårdenheten får ingen besöksersättning för listade patienter, med undantag för patientavgifter vilka tillfaller vårdenheten.

### **2.3.2. Bedömning**

Den psykiska ohälsan ökar i landet och enligt uppgifter från intervjuerna även i Halland. Styrningen för att inom närsjukvården förebygga och bota psykisk ohälsa inom Region Halland utövas till stor del genom uppdragsbeskrivningen för närsjukvården. Uppdragsbeskrivningen innehåller dock inga specifika krav för närsjukvården avseende området psykisk ohälsa utan är mer allmänt hållen.

Mot bakgrund av omfattningen och den upplevda ökningen av den psykiska ohälsan kan det, för att skapa incitament att tillräckliga resurser och kompetenser finns tillgängliga på vårdcentralnivå inom närsjukvården, diskuteras om inte särskild ersättning ska kopplas till de resultat som åstadkoms i bedömning och behandling av patienter med psykisk ohälsa. Detta förutsätter dock att mätbara och accepterade resultatmätt kan formuleras för området.

## **2.4. Hur ser styrningen ut när det gäller de enskilda vårdcentralernas utbud?**

### **2.4.1. Iakttagelser**

De listade patienternas behov ska enligt vårdvalssystemet vara styrande för den enskilda vårdcentralens utbud. I uppdragsbeskrivningen ställs inga krav på omfattning i tjänst på några professioner då tanken är att varje enhet ska bemanna efter sina listade patienters behov. Det enda som specifikt nämns angående tillgång till kompetenser är att vårdenheten ska kunna ge tid för nybesök hos psykolog och kurator inom 14 dagar.

Tabellen nedan<sup>4</sup> är en sammanställning av antal listade patienter och det utbud av kompetenser som det finns tillgång till på respektive vårdcentral utöver läkare när det gäller mottagning och behandling av psykisk ohälsa. Omfattningen i termer av antal och tjänstgöringsgrad för respektive kompetens framgår inte av materialet. Enbart att respektive kompetens finns tillgänglig. Kompetenserna kan finnas

---

<sup>3</sup> CNI – Care Need Index. En metod som syftar till att med utgångspunkt från socioekonomiska förhållanden förutsäga framtida ohälsa för dimensionering av primärvårdsresurser för enskilda avgränsade populationer.

<sup>4</sup> Uppgifterna erhållna från Avdelningen för uppföljning och analys, Regionkontoret

tillgängliga genom anställning på respektive vårdcentral och/eller genom samarbetsavtal.

Ort	Vårdcentral	Driftform	Antal listade (nov 2016)	psykolog	kurator	annan psyk
Halmstad	Läkargruppen tre hjärtan	Privat	529			X
Kungsbacka	VC Kolla	Region	1720	X		
Laholm	Laholmshälsan	Privat	1820	X	X	
Laholm	Hälsoringen Knäred	Privat	1915		X	
Falkenberg	Vc Vessigebro	Region	2222	X	X	
Halmstad	Söndrumskliniken	Privat	2347	X		
Laholm	Hälsoringen Glänninge	Privat	2714		X	
Falkenberg	Vc Slöinge	Region	2715	X	X	
Hylte	Vc Torup	Region	2728	X		
Laholm	Strandängshälsan	Privat	2900	X		
Laholm	Familjeläkarna vid Torget	Privat	3018		X	
Laholm	Lagaholmskliniken	Privat	3517		X	
Halmstad	Vc Andersberg	Region	4137	X	X	
Halmstad	Vc Bäckagård	Region	4362	X	X	
Falkenberg	Vc Ullared	Region	4462	X	X	
Varberg	Husläkarna i Varmbadhuset Varberg	Privat	4698		X	X
Varberg	Läjeskliniken	Privat	5115	X	X	
Halmstad	Vc Oskarström	Region	5212	X	X	
Falkenberg	Capio Familjeläkarna Falkenberg Skrea	Privat	5312	X		
Kungsbacka	Stenblommans Vårdcentral	Privat	5340	X		X
Kungsbacka	Säröledens Familjeläkare	Privat	5805			X
Halmstad	Vc Vallås	Region	6222	X	X	
Halmstad	Vc Getinge	Region	6366	X	X	
Varberg	Vc Tvååker	Region	6552	X	X	
Halmstad	Amadeuskliniken Fyllinge	Privat	6786	X	X	
Kungsbacka	Vc Särö	Region	6834	X		
Laholm	Vc Centrum	Region	6845	X	X	
Halmstad	Tudorkliniken	Privat	6861		X	
Kungsbacka	Vc Fjärås	Region	6894	X	X	
Kungsbacka	Capio Husläkarna Vallda	Privat	7365	X		
Hylte	Vc Hylte	Region	7726	X		
Halmstad	Viktoriakliniken Kungsgatan	Privat	8232		X	
Varberg	Vc Håsten	Region	8709	X	X	
Falkenberg	Laurentiuskliniken	Privat	8935	X	X	
Falkenberg	Vc Falkenberg	Region	9663	X	X	
Falkenberg	Capio Familjeläkarna Falkenberg Söderbro	Privat	9694	X		
Kungsbacka	Vc Åsa	Region	9817	X	X	X
Varberg	Vc Veddige	Region	9841	X	X	

Ort	Vårdcentral	Driftform	Antal listade (nov 2016)	psykolog	kurator	annan psyk
Halmstad	Vc Nyhem	Region	10021	X	X	
Halmstad	Amadeuskliniken Söndrum	Privat	10035	X	X	
Kungsbacka	Capio Husläkarna Kungsbacka	Privat	10110	X		
Halmstad	Vc Hertig Knut	Region	10452	X	X	
Varberg	Neptunuskliniken	Privat	11204	X	X	
Kungsbacka	Vc Onsala	Region	12325	X	X	
Halmstad	Capio Citykliniken	Privat	12912	X	X	X
Kungsbacka	Vc Kungsbacka	Region	13566	X	X	
Varberg	Vc Västra Vall	Region	14530	X	X	

Samtliga vårdcentraler uppger att de har tillgång till psykolog (38 vårdcentraler) och/eller kurator (34 vårdcentraler) och/eller annan kompetens för bedömning/behandling inom området.

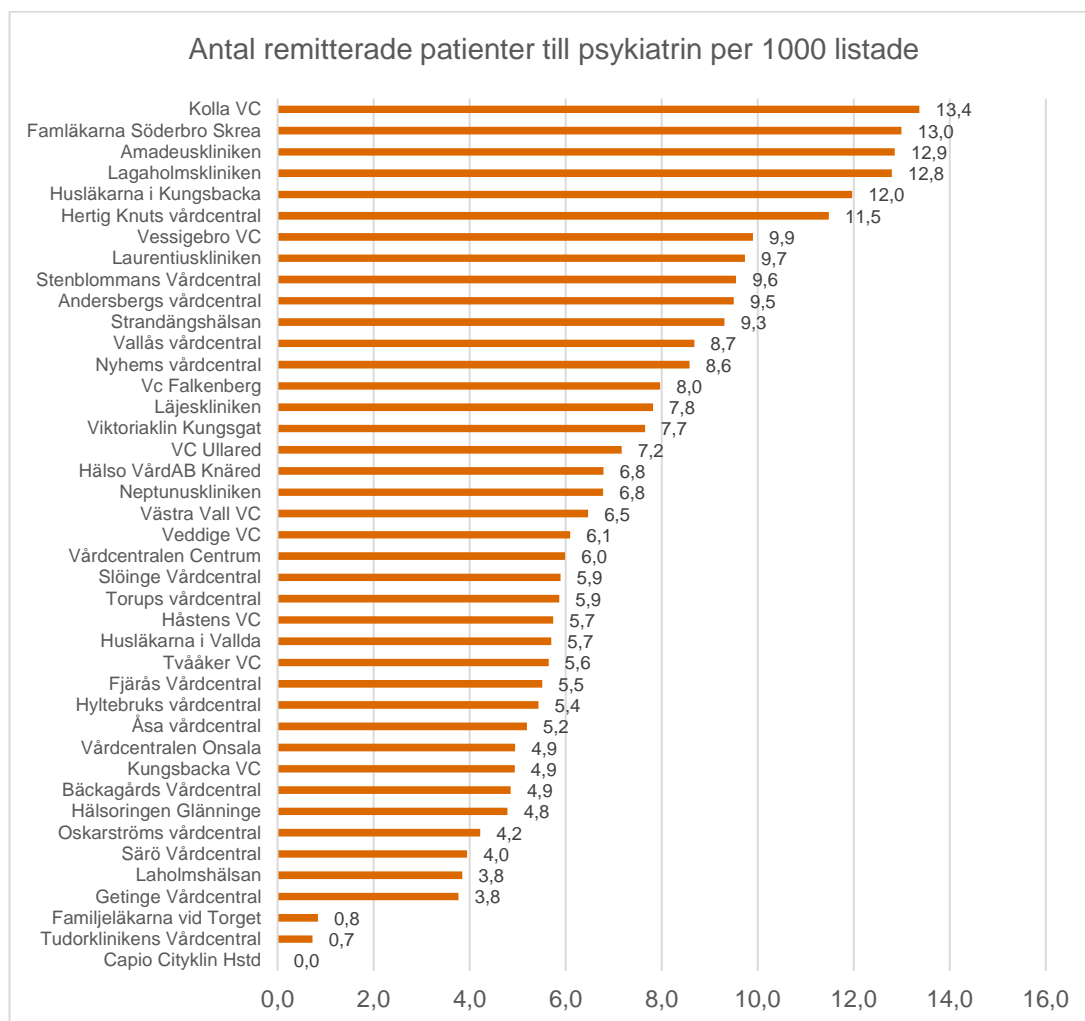
Av sammanställningen går det inte att se något entydigt mönster när det gäller förhållandet mellan vårdcentralens storlek (antal listade) och de resurser/kompetenser som erbjuds.

#### 2.4.1.1. Remissflöde och remitteringsmönster

Under granskningen har vi efterfrågat uppgifter om antalet remisser som skickas från respektive vårdcentral till psykiatri och hur många remisser som avvisas. Uppgifter på antalet avvisade remisser har dock inte gått att få fram ur befintliga system.

Figuren nedan visar antalet remisser per vårdcentral under år 2016 relaterat till antal listade patienter.





Remissflödet varierar kraftigt mellan vårdcentralerna, merparten remitterar mellan fem och nio av 1000 listade patienter till psykiatri.

De är svårt att se några samband och att dra några slutsatser med ledning av de kompetenser som respektive vårdcentral har tillgång till och remitteringsfrekvensen. En analys visar att inga samband heller finns mellan vare sig storleken på vårdcentralen eller driftformen och andelen remisser.

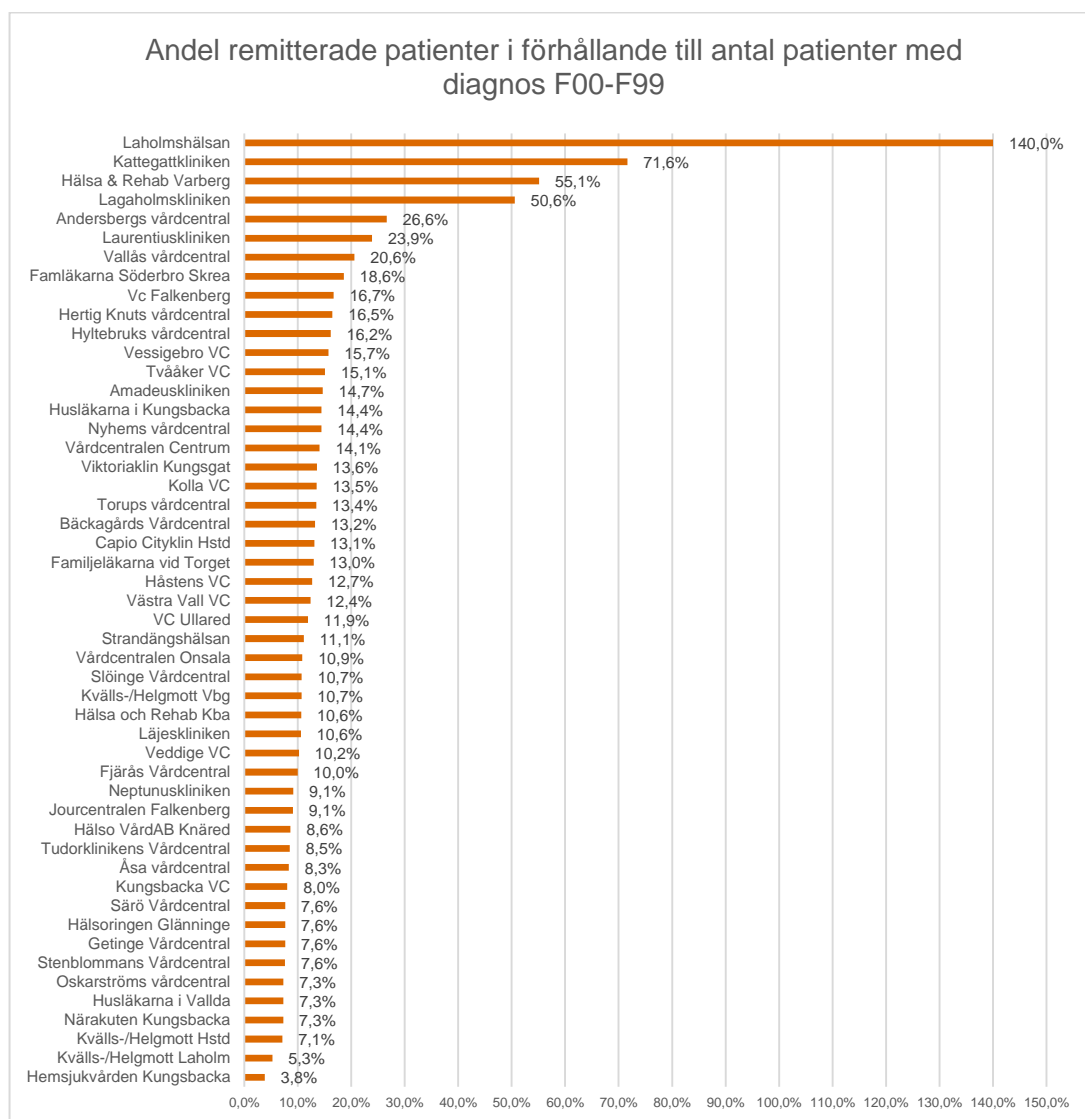
Under intervjuerna framkommer att benägenheten att remittera patienter till psykiatri påverkas av tradition (*"patienter med de här besvären/diagnoserna har vi alltid tagit hand om själva"* alternativt *"de här patienterna klarar vi inte av, det är psykiatrins ansvar"*), viljan och förmågan från psykiatri att ta emot remisser (*"det är ingen idé att skicka en remiss, den kommer bara tillbaka"*, *"patienten får bara vänta genom att psykiatri inte har tillräckliga resurser"*).

När en remiss inkommer till psykiatri gör en läkare en första bedömning. Om remissen är välskrivna och motiverar en fortsatt behandling hos psykiatri tas remissen emot. I annat fall skickas remissen tillbaka. Kvaliteten på remisserna upplevs variera vilket får till följd att remisser skickas tillbaka till vårdcentralen för komplettering eller förtydligande och kan då efter dessa åtgärder tas emot av psykiatri. Från psykiatrins sida betonas att de ska ta emot patienter som är i behov

av psykiatrisk specialistvård och att det då går en gräns mellan psykisk ohälsa och sjukdom.

Av intervjuerna framgår att det från vårdcentralernas sida finns en upplevelse av att många remisser kommer tillbaka trots att patienterna enligt vårdcentralens uppfattning i enlighet med handlägningsöverenskommelsen borde behandlas inom psykiatri. Det leder till ett beteende där det inte upplevs vara någon idé att remittera patienter till psykiatri utan patienten får tas om hand på vårdcentralen och att patienternas behov därmed ibland inte kan tillgodoses fullt ut. Det framkommer även att vårdcentralerna, i avvaktan på tid för behandling inom psykiatri, under tiden tvingas ”hålla patienterna under armarna” vilket kan leda till att patientens tillstånd försämras.

I figuren nedan visas andelen patienter som remitterats till psykiatri i förhållande till antalet patienter på respektive vårdcentral som diagnostiserats inom diagnosgruppen F00-F99.



Andelen patienter med diagnos inom F00-F99 som remitteras till psykiatri varierar stort mellan vårdcentralerna. För flertalet vårdcentraler är remitteringsfrekvensen mellan sju procent och tjugo procent. Några extremvärden finns dock som sannolikt beror på brister i dataunderlaget. Medianvärdet är 12,1 procent. Medianvärdet representerar det mittersta värdet vilket innebär att extremvärden räknas bort.

Remitteringsfrekvensen skiljer sig åt mellan orterna. I tabellen nedan redovisas medianvärdet för vårdcentralerna på de olika orterna.

<b>Ort</b>	<b>Medianvärdet för andel patienter med diagnos F00-F99 som remitteras till psykiatri</b>
Falkenberg	16,2 %
Halmstad	13,6 %
Hylte	14,8 %
Kungsbacka	8,2 %
Laholm	13,5 %
Varberg	11,5 %

Kungsbacka avviker från de övriga genom en betydligt mindre andel patienter som remitteras. I Kungsbacka remitteras en hälften så stor andel patienter jämfört med Falkenberg.

Det finns även möjlighet för patienterna att skriva en egenremiss till psykiatri. Kvaliteten på egenremisserna uppges variera kraftigt, vilket innebär att tid och resurser många gånger måste läggas på att hantera otydliga och ofullständiga egenremisser.

Dialogen mellan närsjukvården och psykiatri bedöms av flera intervjuade kunna utvecklas. Regelbundna möten genomförs sedan en tid på ledningsnivå mellan närsjukvården och psykiatri och även med representation från vårdvalskontoret. Möjlighet finns då att ta upp frågor om ansvarsfördelning och gemensamma processer. På verksamhetsnivå finns ingen mötesstruktur mellan närsjukvården och psykiatri för att diskutera övergripande frågor. Den dialog som förekommer rör patientrelaterade frågor. Ett forum efterlyses för diskussioner och samtal om gränsen för förstalinjeansvaret - i synnerhet var gränsen går mellan mindre och måttlig psykisk ohälsa – samt processerna för remisshantering.

#### **2.4.2. Bedömning**

Patienternas behov ska enligt vårdvalssystemet vara styrande för den enskilda vårdcentralens utbud. Av handläggningsöverenskommelsen framgår för vilka tillstånd vårdcentralerna ska erbjuda bedömning/behandling.

Sammanställningen avseende de kompetenser som erbjuds visar att samtliga vårdcentraler uppger sig ha tillgång till psykolog, kurator eller annan psykiatrisk kompetens. Av de uppgifter som finns tillgängliga inom 1177 framgår inte omfattningen av kompetenserna i termer av personer och tjänstgöringsgrad vilket

kan vara ett utvecklingsområde för att ge patienterna ytterligare information om verksamheten inför bl a överväganden angående listning vid en vårdcentral.

Remitteringsfrekvensen varierar stort mellan vårdcentralerna och även mellan orterna inom regionen. Den stora variationen reser frågor om patienternas behov tillgodoses på ett likartat sätt. En analys bör enligt vår bedömning göras av orsakerna till den stora variationen.

Den formella styrningen bedömer vi vara tillfredsställande. Styrdokument finns på plats som övergripande anger vilka behov som närsjukvården ska tillgodose. Inga specifika krav uttrycks dock på vilka kompetenser som ska tillgodose behoven avseende bedömning och behandling. I handläggningsöverenskommelserna finns en tydlig ansvarsfördelning beskriven mellan närsjukvården och psykiatri. Dokumentens innehåll uppfattar vi även vara kända i verksamheten.

Trots tydligheten i handlingsöverenskommelserna är intrycket från intervjuerna att det uppstår situationer när det finns olika uppfattningar om vem som ska ha ansvaret för patienten. Av intervjuerna framgår att en många remisser från närsjukvården avvisas av psykiatri trots att ansvarsfördelning och gränsdragning uppfattas klar och tydlig genom de dokument som reglerar detta. Här bedömer vi att det för patienternas bästa behöver komma på plats en strukturerad dialog för att på så sätt även i praktiken åstadkomma ett välfungerande samarbete mellan närsjukvård och psykiatri.

## ***2.5. Görs uppföljningar av patienternas behov och är befintligt utbud av stöd och personal anpassat för att möta detta behov? Hur arbetar vårdcentralerna med att anpassa sin organisation efter befolkningens behov av psykiatri?***

### ***2.5.1. Iakttagelser***

I uppdragsbeskrivningen för närsjukvården beskrivs de krav på uppföljning som ställs på vårdenheterna inom vårdvalssystemet. Enligt Region Hallands uppföljningsplan så ställs krav på att vårdenheterna ska medverka till granskningsinsatser utförda av Region Halland och/eller regionens revisorer och följa riktlinjer avseende dokumentation i patientjournal eller andra gemensamma administrativa system. Av uppdragsbeskrivningen framgår även att fördjupad uppföljning kan göras i form av granskning av patientjournaler.

På övergripande regionnivå görs uppföljning av Vårdval Hallands närsjukvård. Den senast tillgängliga uppföljningen avser år 2015.

I uppföljningen redovisas uppgifter om listningsfrekvens fördelat på privata och offentliga vårdcentraler, besöksstatistik och uppgifter om tillgänglighet. Vidare redovisas resultat från undersökningar om patienternas uppfattning om vården. Måluppfyllelsen för några kvalitetsmått redovisas också, bl a avseende målen för diabetesvården.

Mycket av det som följs upp och rapporteras innefattar givetvis även patienter med psykisk ohälsa, som ex vis telefontillgänglighet, tillgänglighet till läkare, kontinuitet vid besök hos läkare och sjuksköterska m m. Några uppföljning specifikt avseende psykisk ohälsa finns inte.

Av intervjuerna med representanter för vårdcentralerna framkommer att utbudet av stöd till patienterna försöker anpassas till de behov som finns. Ett ökat tryck av patienter med psykisk ohälsa innebär att vårdcentralen måste anpassa resurser och kompetens efter detta. Som exempel kan nämnas att vid en av de intervjuade vårdcentralerna så dubbleras kuratorsresursen då de ökade patientbehoven gör detta nödvändigt. Det framkommer dock att det kan uppstå köer och väntan till de speciella kompetenser som finns.

Enligt intervjuade finns det inte något stöd för att beräkna dimensioneringen av de resurser och kompetenser som behövs på vårdcentralen för bedömning och behandling av psykisk ohälsa.

### **2.5.2. Bedömning**

Ett system för uppföljning och rapportering finns på plats genom kraven på uppföljning i uppdragsbeskrivningen. En mängd uppgifter ska rapporteras in till vårdvalsenheten från vårdgivarna. Det är dock inga uppföljningar och rapporteringar som mer specifikt kan kopplas till området psykisk ohälsa. Det innebär att underlaget - i form av uppföljning och rapportering - för styrning av området psykisk ohälsa är relativt begränsat. Vår bedömning är att en utveckling kan ske av uppföljningen, ett mer precist underlag kan skapa bättre förutsättningar för en effektiv styrning.

## **2.6. Vilken samverkan finns mellan närsjukvård och psykiatri?**

### **2.6.1. Iakttagelser**

Samverkan mellan närsjukvården och psykiatrin finns som nämnts i avsnitt 2.1 reglerad i två olika dokument; ”*Handläggningsöverenskommelse mellan Vårdval Halland specialiserad öppenvård psykiatri, Vårdval Halland närsjukvård och Psykiatri Halland*” som gäller från november 2015 och ”*Handläggningsöverenskommelse mellan närsjukvård och barn- och ungdomspsykiatrisk specialistvård*” som gäller från november 2016.

Syftet med överenskommelserna är att förtydliga vårdnivåer och ansvarsgränser för vård av patienter med psykisk ohälsa så att patienten får god vård och att resurserna används på rätt sätt.

Av överenskommelsen avseende vuxna framgår att närsjukvården ansvarar för behandling av *lindriga och måttliga* psykiska sjukdomar och störningar och att ansvaret omfattar samtliga behandlingsinsatser av läkare, psykologer, kuratorer m m för denna patientgrupp. Psykiatrins ansvar omfattar utredning och diagnostik av *svåra* psykiska sjukdomar/störningar, vid behov psykiatrisk slutenvård, vid behov psykiatrisk tvångsvård och insatser då närsjukvårdens insatser är otillräckliga eller då det finns behov av konsultation för diagnostik och bedömning.

I överenskommelsen finns definitioner av lindrig, måttlig och svår psykisk ohälsa. Vidare klargörs att patientansvaret vid remittering ligger hos avsändande enhet tills patienten varit på första besök på mottagande enhet och bedömning gjorts om patienten hör hemma inom närsjukvården eller psykiatri. Ansvarsfördelning och rutiner vid sjukskrivning och receptförskrivning klargörs liksom samordningsansvaret för patientens behov av rehabilitering och samordnade insatser i samverkan med andra aktörer.

Överenskommelsen mellan närsjukvården och barn- och ungdomspsykiatriska specialistvården (BUP) omfattar en beskrivning av de olika aktörernas uppdrag. Därutöver framgår, i likhet med överenskommelsen för vuxna, definitioner på lindrig, måttlig och svår psykisk ohälsa, riktlinjer för remissers innehåll samt ansvarsfördelningen för omhändertagandet av patienter inom ett antal specificerade diagnosområden. Av överenskommelsen framgår att närsjukvården har ansvar för *lindrig* psykisk ohälsa och att remiss till BUP i normalfallet ska ske vid *måttlig till svår* psykisk störning. Sedan hösten 2016 finns ett team inom närsjukvården med uppdrag att arbeta med barn och ungdomar med måttlig psykisk ohälsa.

Utöver det som regleras av dokumentet finns inga systematiska möten på verksamhetsnivå mellan företrädare för psykiatri och närsjukvård. Under intervjuerna har framkommit önskemål om att etablera en sådan dialog för att skapa en ökad förståelse för varandras uppdrag och arbetssituation och därmed skapa förutsättningar för ett förtroendefullt samarbete.

Inom ramen för det förändringsarbete som bedrivs inom Region Halland, som benämns framtidsarbetet, har ett samarbete påbörjats mellan förvaltningarna Närsjukvård och Psykiatri. Framtidsarbetet ska genom förbättrat samarbete leda till att patientens väg genom det halländska sjukvårdssystemet blir ännu bättre, med ökad kvalitet och bromsad kostnadsutveckling.

### **2.6.2. Bedömning**

Dokumenterna som reglerar samverkan mellan närsjukvård och psykiatri har antagits under åren 2015 och 2016. Utifrån intervjuerna är vår bedömning att innehållet är känt och accepterat. Det framkommer dock uppfattningar om att tillämpningen inte alltid är i linje med riktlinjerna i dokumentet, ett exempel som lyfts avseende detta är remisshanteringen där närsjukvården upplever att de får tillbaka remisser trots uppfattningen att patientens behov borde tillgodoses av psykiatri.

## **2.7. Hur sker det förebyggande arbetet vad gäller psykiatri inom närsjukvården?**

### **2.7.1. Iakttagelser**

Av uppdragsbeskrivningen för närsjukvården framgår att vårdvalssystemet innebär ett brett utbud av primärvårdstjänster; hälso- och sjukvård, mödra- och barnhälsovård samt annan förebyggande hälsovård. När det gäller förebyggande insatser uttrycks att vårduppdraget omfattar "*förebyggande insatser för individ och familj*" i form av "*medicinska och psykosociala interventioner med bedömning, information och rådgivning*" samt "*föräldrakonsultationer: bedömning och*

*vägledning i upplevda problem*". Vidare står att vårdenheterna ska stödja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen vilket bl a innebär att riktade insatser ska göras till utsatta grupper och i övrigt hälsofrämjande insatser till de med störst behov. Vårdenheterna ska säkerställa att:

- patienter erbjuds kvalificerat rådgivande samtal för att förändra ohälsosamma matvanor och tobaksbruk
- patienter med riskabla alkoholvanor erbjuds rådgivande samtal
- patienter med otillräcklig fysisk aktivitet erbjuds rådgivande samtal samt kompletterat med fysisk aktivitet på recept.

För utveckling av det hälsofrämjande arbetet finns medel avsatta på central nivå som vårdcentralerna efter ansökan kan få ta del av.

En verksamhet som vid intervjuerna lyfts fram som viktig i det förebyggande arbetet är mödra- och barnhälsovården som i sin verksamhet på olika sätt tidigt kan fånga upp tecken på psykisk ohälsa. Mödra- och barnhälsovården arbetar med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos blivande föräldrar och hos familjer med barn i åldern 0-6 år. Mål och krav för barnhälsovården återfinns i närsjukvårdens uppdragsbeskrivning.

Andra exempel på förbyggande insatser som nämnts under intervjuerna är samtalsgrupper och öppna tider utan tidsbokning för konsultation och stödsamtal.

Det framkommer dock att bristande tillgång till kompetenser begränsar möjligheterna till förebyggande arbete.

### **2.7.2. Bedömning**

Krav och riktlinjer för det förebyggande arbetet och insatser avseende psykisk ohälsa finns omnämnda i närsjukvårdens uppdragsbeskrivning.

Uppdragsbeskrivningen tar upp vad som ska utföras och överlåter till vårdgivaren att bestämma hur detta ska ske.

Av intervjuerna framgår att det på olika sätt bedrivs ett förebyggande arbete, men att bristande resurser och kompetens för detta många gånger innebär att andra uppgifter måste prioriteras.

### **3. Sammanfattande bedömning och svar på revisionsfrågan**

Granskningen ska besvara frågan om regionstyrelsens och driftnämnd närsvård styrning av närsvård är ändamålsenlig så att behoven hos personer med psykisk ohälsa tillgodoses. Inom ramen för granskningen har ett antal kontrollfrågor varit vägledande för den samlade bedömningen och svaret på revisionsfrågan.

#### **3.1. Granskningens kontrollfrågor**

Kontrollfrågorna var:

##### **Är regionens organisation och planering av närsvård ändamålsenlig för personer med psykisk ohälsa?**

Närsvård styrs av vårdvalssystemet och uppdragsbeskrivning och förfrågningsunderlag som omfattar krav och regler för vårdcentralernas verksamhet. Vi uppfattar att uppdragsbeskrivningen är etablerad och känd i verksamheten.

Organiseringen av närsvård är tydligt uppdelad i en beställande del – vårdvalsenheten inom regionkontoret - och en utförande del för regiondrivna vårdcentraler som återfinns inom förvaltningen Närsvård Halland.

Sammantaget bedömer vi att det finns goda organisatoriska och planeringsmässiga förutsättningar att tillgodose behovet av vård för personer med psykisk ohälsa.

##### **I vilken mån är närsvård organiserad för att ta hänsyn till de listade patienternas behov avseende psykisk ohälsa?**

Närsvårdens organisering och vårdcentralernas etablering styrs av uppdragsbeskrivningarna inom Vårdval Halland och den etableringsrätt som finns inom detta. Det innebär att regionens möjligheter att styra närsvård med hänsyn till de listade patienternas behov är genom uppdragsbeskrivningen. Uppdragsbeskrivning och förfrågningsunderlag bedömer vi vara etablerat och genomarbetat. Vi uppfattar också genom intervjuerna att det finns god kännedom om innehållet.

Utifrån de uppgifter som erhållits synes det vara betydande skillnader i vårdbehov, mätt som andelen patienter som diagnostiserats för psykisk ohälsa, mellan de olika vårdcentralerna. Vissa skillnader kan även iaktas mellan de olika orterna.

Under de intervjuer som genomförts framkommer en bild av att andelen patienter med psykisk ohälsa ökar. Upplevelsen från vårdcentralerna är även att de i allt högre grad får ta hand om patienter med stora och svåra behov som borde behandlas inom specialistvård. Tillgängligheten till specialistvårdens resurser och



kompetens uppfattas vara bristfällig. Tillgänglighetsmålen för den nationella vårdgarantin nås inte för den allmänna psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri. Det samverkansdokument som ska reglera samverkan mellan närsjukvården och psykiatri uppfattas vara tydligt och klart men följs inte i alla delar i praktiken.

Vår sammantagna bedömning är att närsjukvårdens organisation inte fullt ut kan sägas vara anpassad till patienternas behov.

### **Vilken styrning finns från regionen genom exempelvis vårdval och kravspecifikationer vad gäller psykiatri inom närsjukvården?**

Styrningen för att inom närsjukvården förebygga och bota psykisk ohälsa inom Region Halland utövas till stor del genom uppdragsbeskrivningen för närsjukvården. Vi bedömer att innehållet i denna är tydligt och känt. Uppdragsbeskrivningen innehåller dock inga specifika krav för närsjukvården avseende området psykisk ohälsa utan är mer allmänt hållen.

### **Hur ser styrningen ut när det gäller de enskilda vårdcentralernas utbud?**

Patienternas behov ska enligt vårdvalssystemet vara styrande för den enskilda vårdcentralens utbud. Av handläggningsöverenskommelsen framgår för vilka tillstånd vårdcentralerna ska erbjuda bedömning/behandling.

Sammanställningen avseende de kompetenser som erbjuds visar att samtliga vårdcentraler uppger sig ha tillgång till psykolog, kurator eller annan psykiatrisk kompetens.

Remitteringsfrekvensen varierar stort mellan vårdcentralerna och även mellan orterna inom regionen. Den stora variationen reser frågor om patienternas behov tillgodoses på ett likartat sätt. En analys bör enligt vår bedömning göras av orsakerna till den stora variationen.

Den formella styrningen bedömer vi vara tillfredsställande. Styrdokument finns på plats som övergripande anger vilka behov som närsjukvården ska tillgodose. Inga specifika krav uttrycks dock på vilka kompetenser som ska tillgodose behoven avseende bedömning och behandling.

I handläggningsöverenskommelserna finns en tydlig ansvarsfördelning beskriven mellan närsjukvården och psykiatri. Dokumentens innehåll uppfattar vi även vara kända i verksamheten. Trots tydligheten i handlingsöverenskommelserna uppfattar vi från intervjuerna att det uppstår situationer när det finns olika uppfattningar om vem som ska ha ansvaret för patienten. Av intervjuerna framgår att en många remisser från närsjukvården avvisas av psykiatri trots att ansvarsfördelning och gränsdragning uppfattas klar och tydlig genom de dokument som reglerar detta. Här bedömer vi att det för patienternas bästa behöver komma på plats en strukturerad dialog för att på så sätt även i praktiken åstadkomma ett välfungerande samarbete mellan närsjukvård och psykiatri.

## **Görs uppföljningar av patienternas behov och är befintligt utbud av stöd och personal anpassat för att möta detta behov? Hur arbetar vårdcentralerna med att anpassa sin organisation efter befolkningens behov av psykiatri?**

Ett system för uppföljning och rapportering finns på plats genom kraven på uppföljning i uppdragsbeskrivningen. En mängd uppgifter ska rapporteras in till vårdvalsenheten från vårdgivarna. Det är dock inga uppföljningar och rapporteringar som mer specifikt kan kopplas till området psykisk ohälsa. Det innebär att underlaget - i form av uppföljning och rapportering - för styrning av området psykisk ohälsa är relativt begränsat. Vår bedömning är att en utveckling kan ske av uppföljningen, ett mer precist underlag skapar bättre förutsättningar för styrningen.

## **Vilken samverkan finns mellan närsjukvård och psykiatri?**

Dokumenterna som reglerar samverkan mellan närsjukvård och psykiatri har antagits under åren 2015 och 2016. Utifrån intervjuerna är vår bedömning att dokumentens innehåll är känt och accepterat. Det framkommer dock uppfattningar om att tillämpningen inte alltid är i linje med riktlinjerna i dokumentet, ett exempel som lyfts avseende detta är remisshanteringen där närsjukvården upplever att de får tillbaka remisser trots uppfattningen att patientens behov borde tillgodoses av psykiatrin.

## **Hur sker det förebyggande arbetet vad gäller psykiatri inom närsjukvården?**

Krav och riktlinjer för det förebyggande arbetet och insatser avseende psykisk ohälsa finns omnämnda i närsjukvårdens uppdragsbeskrivning. Uppdragsbeskrivningen tar upp vad som ska utföras och överläter till vårdgivaren att bestämma hur detta ska ske.

Av intervjuerna framgår att det på olika sätt bedrivs ett förebyggande arbete, men att bristande resurser och kompetens för detta många gånger innebär att andra uppgifter måste prioriteras.

## **3.2. Svar på revisionsfrågan**

Utifrån iakttagelserna och bedömningarna inom ovanstående kontrollfrågor är vår samlade bedömning att regionstyrelsens och Driftnämnd Närsjukvårds styrning av närsjukvården *inte är helt* ändamålsenlig så att behoven hos personer med psykisk ohälsa tillgodoses. Vi bedömer att den formella styrningen i form av riktlinjer och regler i styrdokument är tydlig och kommunicerad men att det i den praktiska tillämpningen av styrdokumentet finns brister som har en negativ påverkan på vården av personer med psykisk ohälsa. Vår bedömning är att detta många gånger dels är att hänföra till brister i dialogen mellan närsjukvården och den specialiserade psykiatriska vården, dels även till bristande tillgång till kontinuerlig och fast kompetens inom såväl den specialiserade psykiatrin som närsjukvården.

### **3.3. Rekommendationer**

För en utveckling av styrningen av vården av personer med psykisk ohälsa rekommenderar vi följande:

- Av de uppgifter som finns tillgängliga inom 1177 framgår inte omfattningen av kompetenserna i termer av personer och tjänstgöringsgrad vilket kan vara ett utvecklingsområde för att ge patienterna ytterligare information om verksamheten inför bl a överväganden angående listning vid en vårdcentral.
- Många remisser från närsjukvården avvisas av psykiatri trots att ansvarsfördelning och gränsdragning uppfattas klar och tydlig genom de dokument som reglerar detta. För patienternas bästa behöver det komma på plats en strukturerad dialog för att på så sätt även i praktiken åstadkomma ett välfungerande samarbete mellan närsjukvård och psykiatri. Målet måste vara ett gemensamt ansvarstagande utifrån patientens bästa, ett synsätt och förhållningssätt som präglas av ”vår patient” och inte ”din” eller ”min”.
- Få uppföljningar och rapporteringar kan kopplas specifikt till området psykisk ohälsa. Det innebär att underlaget - i form av uppföljning och rapportering - för styrning av området psykisk ohälsa är relativt begränsat. Här rekommenderar vi att en utveckling sker av uppföljningen. Ett mer precist underlag skapar bättre förutsättningar för styrningen.
- Inom ersättningssystemet finns ingen tydlig koppling till området psykisk ohälsa. För att stärka styrningen av vårdcentralernas resurser, kompetens och utbud inom området psykisk ohälsa kan starkare incitament övervägas för detta, som exempelvis en tydligare koppling mellan mål, resultat och ersättning.
- Inför uppföljning och översyn av handläggningsöverenskommelser och uppdragsbeskrivningar är det av vikt att de oklarheter som upplevs finns i ansvars- och uppgiftsfördelning adresseras och diskuteras. Om en systematisk dialog etableras mellan verksamhetsföreträdare för närsjukvård och psykiatri på såväl lednings- som verksamhetsnivå skulle detta kunna ge ett värdefullt bidrag till kommande uppföljnings- och översynsarbete.

Ange datum

***Anders Törnqvist***

*Projektledare*

***Kerstin Sikander***

*Uppdragsledare*