

Uppföljningsgranskning

Barn- och ungdomspsykiatri i
Dalarna

Helseplan Consulting Group AB

Juni 2019

Patrik Holmberg

Elina Sonnerstam

Fanny Reuter



Innehåll

Sammanfattning.....	2
1. Inledning.....	3
1.1. Bakgrund.....	3
1.2. Syfte.....	3
2. Iakttagelser, bedömningar och rekommendationer.....	4
2.1. Vidtagna åtgärder.....	4
2.1.1. Förutsättningar utifrån styrelsens styrning och ledning.....	5
2.1.2. Kontroll på väntetider, patientflöden och ledtider.....	7
2.1.3. Samverkan och utvecklingsarbete med andra aktörer.....	8
2.2. Effekt och ändamålsenlighet av vidtagna åtgärder.....	9
2.2.1. Kan resultat avläsas och har väntetider, produktivitet etc. förändrats? 10	
2.3. Övriga revisionsfrågor.....	13
2.3.1. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....	13
2.3.2. Framtidsplan.....	13
Bilaga 1.....	14
Särskilda frågeställningar.....	14
Disposition 14	
Revisionskriterier.....	16
Metod.....	17
Bilaga 2 – Statistiska grafer.....	18

Sammanfattning

På uppdrag av revisorerna i Region Dalarna har Helseplan genomfört en uppföljningsgranskning av den granskning som skedde av barn- och ungdomspsykiatri (BUP) under 2016. Syftet med granskningen är att ge underlag för att kunna bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) efter föregående granskning vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att komma till rätta med de brister som uppmärksammades i 2016 års granskning.

Huvudsaklig informationsinhämtning har skett genom intervjuer och granskning av styrande och redovisande dokument samt statistik.

Vi bedömer att HSN efter föregående granskning har vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att komma till rätta med de brister som uppmärksammades i 2016 års granskning. Vi bedömer att nämndens fokus ligger på uppföljning av genomförda åtgärder och återkoppling kring dessa. Vi bedömer att uppföljning planeras och uttrycks i verksamhetens styrande dokument men att den i praktiken varierar mellan frågeområden och enheter.

Vi bedömer att produktivitet, väntetider etc. förbättrats men att det fortsatt finns förbättringspotential, t ex avseende måluppfyllelse för besök inom 30 dagar samt produktivitet. Vi bedömer att variationer i enheternas förutsättningar samt vårdtyngd behöver inkluderas i högre omfattning vid planeringen. Vi bedömer att IT-systemen på ett bättre sätt stöttar verksamheten i att få ut relevant statistik kring väntetider etc.

Vi bedömer att många projekt äger rum för att öka samverkan mellan aktörer, men att dessa ibland fördröjs p g a. avsaknad av beslut. Vi bedömer att tydligare gränssnitt fortsatt är ett utvecklingsområde.

Vi rekommenderar att HSN säkerställer en aktiv roll genom att ställa krav och säkrar att det finns tydliga mål och riktlinjer för verksamheten att basera sina åtgärder på, samt att det som verksamheten gör är i linje med målen. Vi rekommenderar att fokus läggs på att slutföra de åtgärder som vidtagits och planeras, samt att BUP och HSN tätt följer upp de insatser som vidtas. Vi rekommenderar att det på divisions- och regionnivå genomförs fler insatser för en förbättrad arbetsmiljö. Vi rekommenderar även att kommunikation prioriteras inom BUP och att tid avsätts för kommunikation och diskussion.

Vi rekommenderar att verksamheten arbetar vidare med samarbetet med framför allt skolor samt primärvården för att hitta lösningar som behövs. Vi rekommenderar även att de aktörer som jobbar med att förbättra barn- och ungdomars hälsa betraktas som en helhet, samt att projekt för ökad samverkan prioriteras i högre utsträckning på politisk nivå. Vi rekommenderar en översyn av samordningsmöjligheter mellan öppenvårdsmottagningarna samt att ytterligare fokus läggs på att fylla vakanser så att BUP ska klara sitt uppdrag och vårdgarantin.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Revisorerna i Region Dalarna genomförde under år 2016 en granskning med syfte att bedöma om Barn- och ungdomspsykiatri hade ett effektivt och ändamålsenligt patientflöde och använde befintliga personalresurser på ett effektivt sätt. Region Dalarna genomförde även 2012 granskning av barn- och ungdomspsykiatri, där brister konstaterades avseende exempelvis andel patienter som får träffa läkare.

I granskningen från 2016 noterades att tillströmningen av patienter ökat samtidigt som produktionen minskat på grund av pensionsavgångar och svårigheter att behålla personal. Granskningsresultatet påvisade att såväl väntetider som produktivitet som i nationella jämförelser var undermåliga. I granskningen lämnades också olika förslag till åtgärder.

Regionens samlade bedömning var att BUP präglades av omfattande och delvis mycket allvarliga brister i både effektivitet och förmåga att möta behoven i samhället. Situation bedömdes som så allvarlig att den riskerade att direkt motverka fullmäktiges mål och intentioner kring barn- och ungas psykiska hälsa. Såväl psykiatriens ledning som verksamhetsledningen för BUP var väl medvetna om problemen och arbetade aktivt för att åtgärda dessa.

I ett yttrande över granskningen från 13 februari 2017 angav regionstyrelsen att mycket av den kritik som lyftes fram i granskningen var välkänd och att flera aktiviteter planerades för att förbättra patientflöden, kvalitet och effektivitet inom BUP. I sitt yttrande underströk regionstyrelsen också vikten av samverkan med andra aktörer som arbetar med barn och ungdomar inom såväl kommunerna som inom hälso- och sjukvården. Det politiska ansvaret för psykiatrien övertogs 1 januari 2017 av den då inrättade Hälso- och sjukvårdsnämnden. I regionplanen för 2019 framhåller också regionfullmäktige vikten av att köerna till BUP kortas.

1.2. Syfte

Syftet med granskningen och dess huvudfråga har varit att besvara huruvida hälso- och sjukvårdsnämnden efter föregående granskning vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att komma till rätta med de brister som uppmärksammades i 2016 års granskning. Denna granskning besvarar även ett antal särskilda frågeställningar, vilka redovisas i bilaga 1. För att underlätta läsningen finns även en disposition över frågorna i bilaga 1, samt revisionskriterier och beskrivning av metod. I bilaga 2 redovisas för granskningen relevanta statistiska grafer.

2. Iakttagelser, bedömningar och rekommendationer

Nedan redogörs för iakttagelser, bedömningar och rekommendationer. I avsnitt 2.1 beskrivs vilka åtgärder som vidtagits, avsnitt 2.2 beskriver ändamålsenlighet och effekter av vidtagna åtgärder. Avsnitt 2.3 beskriver övriga frågor som adderats till revisionen. Dessa är om ledningen arbetar med systematiskt kvalitetsarbete samt om verksamheten har en tydlig framtidsplan. För en komplett redogörelse av frågeställningarna se disposition i Bilaga 1.

2.1. Vidtagna åtgärder

Många förbättringsåtgärder har vidtagits sedan senaste granskning på regional och verksamhetsnivå. De åtgärder som beskrevs i regionstyrelsens yttrande har verkställts och de rekommendationer som lämnades i 2016 års granskning har beaktats. Kommande kapitel beskriver de åtgärder som vidtagits för att åtgärda bristerna som påtalades i granskningen 2016. Situationen beskrivs som att verksamheten nu är ”på banan” igen efter en kritisk tid med ökande tryck, personalbortfall och negativ medial publicitet som föregick senaste rapport. Verksamheten kännetecknas enligt intervjuade av en framåtanda och mer evidensbaserade arbetssätt. Vissa intervjuade bedömer att det eventuellt skett för mycket utvecklingsarbete, då implementeringen lider och personalen inte hinner med.

Åtgärder som beskrevs i regionstyrelsens yttrande var kontinuerlig uppföljning av mål avseende t ex tillgänglighet, kösituation, arbetsklimat och produktivitet, uppstart av aktiviteter och utvecklingsarbeten för att förbättra patientflöden, kvalitet och effektivitet samt genomförande av en workshop avseende granskningsrapporten. Enligt intervjuer sker uppföljning i form av månatlig återkoppling, skriftlig och muntlig, från BUP till HSN. HSN efterfrågar framför allt statistik och lägesrapporter, och återkoppling ges sedan till BUP avseende dessa. Genomgången av protokoll och dagordningar visar inte på någon skriftlig politisk återkoppling från HSN sedan yttrandet. I samband med dialogdagar och divisionsmöten lyfts frågor avseende BUP ofta fram. Den reviderade handlingsplanen för regionen 2018 beskriver åtgärder som vidtagits i BUP, t ex vårdkösamordnare, Deplyftet, tillgänglighet till neuropsykiatrisk utredning, TERMA-bemötande (terapeutiskt möte med aggression), gruppbehandlingar, akutteam, m m. Stimulansmedel har även i större utsträckning riktats mot utbildning och fortbildning för att råda bot på rekryterings- och tillgänglighetsproblem. Tillsammans med politiken har BUP även infört remisstvång till utredningar och psykoterapi. I regionplanen 2019 anges att minskning av köerna till BUP är högt prioriterat, och snabba insatser från första linjen, familjecentraler och remittering till andra vårdgivare betonas.

I vissa frågor önskar verksamhetsledningen mer stöd från politiskt håll, t ex avseende gränsdragningar mot primärvården. En annan fråga där stöd önskas är genomförande av lokalöversyn för att möjliggöra planerad samlokalisering och optimalt utnyttjande av resurser. I dagsläget saknas ibland adekvata lokaler. Verksamhetsledningen önskar att BUP ses som en del av de aktörer som jobbar med att förbättra barn och ungdomars hälsa, och inte lyfts ut som en egen del. Den politiska involveringen beskrivs av

verksamhetsledningen inte som särskilt aktiv men det finns en optimism hos ledningen till samarbetspotentialen efter det politiska skiftet.

Bedömning

De åtgärder som utfästes i styrelsens yttrande har enligt vår bedömning verkställts, och de rekommendationer som gavs har beaktats. Vi bedömer att nämndens fokus ligger på uppföljning av genomförda åtgärder och återkoppling kring dessa. Vi bedömer att verksamhetens fokus bör läggas på att komma i mål med implementering av pågående utvecklingsarbete.

Rekommendationer

Vi rekommenderar att HSN säkerställer en aktiv roll genom att ställa krav och säkrar att det finns tydliga mål och riktlinjer för verksamheten att basera sina åtgärder på, samt att det som verksamheten gör är i linje med målen. Vi rekommenderar att fokus läggs på att slutföra de åtgärder som vidtagits och planeras, samt att BUP och HSN tätt följer upp de insatser som vidtas.

2.1.1. Förutsättningar utifrån styrelsens styrning och ledning

Uppdragsbeskrivning

Verksamhetsledningen har arbetat med BUP:s uppdragsbeskrivning under tre år. Det som fördröjt arbetet är dels att verksamheten inväntat den nationella BUP Sverige-uppdragsbeskrivningen som blev klar 2018, dels alla förändringar som gjorts i verksamheten, t ex att en del av utbudet flyttats till Falun. Separata beskrivningar har funnits men de har inte varit samlade i ett dokument. Det reviderade uppdraget beskriver barnpsykiatriens utbud och prioriteringar, uppdraget generellt och specifikt, patientens väg (flöden) samt de olika enheternas ansvar. Uppdragsbeskrivningen innefattar även instruktioner för bedömning av vårdnivå.

Kunskapscentrum neuropsykiatri (KCNP) uppdrag har justerats och tydliggjorts. Centret ska enligt reviderat uppdrag utföra länets neuropsykiatriska utredningar enligt nivå 3 och 4 (en nivåindelning för NP-utredningar) som innefattar utredningar för autism samt komplexa ärenden, dvs svåra differentialdiagnostiska överväganden. Uppdraget beskrivs vid intervjuer vara mycket bättre och tydligare, mer koncentrerat och heltäckande än förr. Det råder en oklarhet kring vad ”komplex” innebär och förtydligande av detta önskas.

Medarbetarnas motivation och trivsel

Region- och verksamhetsledningen har gjort ett antal aktiviteter för att säkerställa medarbetarnas fortsatta motivation så att inte fler väljer att avsluta sin anställning på grund av vantrivsel. Bland annat har nyrekryteringar genomförts, en handlingsplan för arbetsmiljöfrågor har tagits fram och flera utbildningsinsatser har genomförts. Vid intervjuer framkommer att arbetsmiljön har blivit en fokusfråga i olika forum. Men det önskas att regionen och divisionen vidtar fler insatser t ex avseende arbetstid och kompensation. Lönenivån och en hög arbetsbelastning uppges ofta som anledningar till att avsluta sin anställning, inte trivsel i sig. En stor utmaning är belastning som upplevs på grund av det stora inflödet samt känslan av otillräcklighet som köerna medför. I

intervjuer framkommer att personalen på KCNP upplever en tilltagande stress i och med ökat inflöde medan personalantalet är oförändrat. Önskemål om en riskanalys avseende personalmängden framförs för att minska risken för personalbortfall.

För att minska arbetsbelastningen har flera nyrekryteringar skett sedan 2016 och i styrkort 2019 planeras för rekryteringsaktiviteter. Bemanningsläget är bättre men vissa områden har fortsatt brist, exempelvis sköterskor i heldygnsvård samt psykologer. Det finns en handlingsplan för att attrahera fler psykologer till BUP och fler PTP-psykologer har nu tillkommit. Verksamheten jobbar med introduktion av nyanställda och det finns ett introduktionsprogram framtaget, ”BUP-bas”. Verksamheten planerar att analysera vårdprocessen ur ett arbetsmiljö- och patientsäkerhetsperspektiv. På KCNP får säkerhetsfrågan kritik, då det upplevs att lösningar inte når ”golvet”. Detta handlar om bristande säkerhet t ex vid jourtid samt kompetens eller personal i akuta situationer, att tillkalla väktare alternativt ta hjälp av egen personal. Här pågår dock ett arbete och beslut finns avseende ombyggnation. Verksamhetsledning har drivit frågan under flera år, där säkerhetsfrågan gällande lokaler lyfts.

Medarbetarenkäter genomförs två gånger per år, och dessa kommuniceras och sänds enligt intervjuer ut oftare än förr. Delaktighet betonas. Faktorer som mäts, såsom motivation, ledarskap, styrning, delaktighet, resultat, arbetsbelastning och arbetssymptom har förbättrats sedan 2016. T ex har faktorn motivation ökat från 3,92 till 4,11 på en femgradig skala. Den upplevda arbetsmiljön har enligt flera intervjuade blivit bättre och generellt beskrivs att trivseln är god. Enhetsspecifika skillnader råder. Personalens arbetsmiljö mäts varannan vecka och resultatet visualiseras för medarbetarna.

Handlingsplanen för arbetsmiljöfrågor innehåller fyra huvudområden (psykosocialt, tydlighet, styrning och ledning samt vårdkvalitet och väntetider). Revidering av befattningsbeskrivningarna pågår för att förtydliga kompetens och ansvarsområden. I projektform har yrkesutvecklare tillsatts där ökad delaktighet hos medarbetare, utbildningsbehov och yrkesspecifik introduktion är i fokus. Utbildningssatsningar inom nya behandlingssätt har genomförts, exempelvis Deplyftet och internetbaserad KBT. BUP har arbetat med en lönetrappa samt infört löneincitament.

Bedömning

Vi bedömer att uppdragsbeskrivningsarbetet tagit lång tid att färdigställa. Det är ett välskrivet dokument, men en del definitioner kräver förtydliganden. Det är inte helt tydligt hur vissa enheter ska utföra sitt uppdrag givet personalmängden idag. Vi bedömer att många satsningar skett för att förbättra arbetsmiljön, men att arbete återstår.

Rekommendationer

Vi rekommenderar att uppdraget specificeras för KCNP. Vi rekommenderar även högre grad av uppföljning kring implementering av arbetsmiljörelaterade åtgärder. Vi rekommenderar att det på divisions- och regionnivå genomförs fler insatser för en förbättrad arbetsmiljö.

2.1.2. Kontroll på väntetider, patientflöden och ledtider

Översyn IT-system

Vid intervjuer betonas att mycket utvecklingsarbete skett med IT-system för att tillåta en bättre överblick av väntetider, patientflöden och ledtider, även avseende väntetider till neuropsykiatrisk utredning och behandling. I TakeCare-systemet har bl a sökord och statistikuttag gjorts om. Det finns en ny modul i regionens IT-system, BILD, som används för att få ut antalet aktuella patienter och det finns en rutin kring detta. Förbättringsarbetet tillåter bättre överblick, t ex avseende väntetider för neuropsykiatriska patienter och vilka patienter som har medicinering. En rutin för registrering i väntelistan har upprättats med syfte att få tillförlitliga siffror och trovärdig statistik. Verksamheten planerar även att gå med i kvalitetsregister (Q-BUP) och arbete pågår med att få ut ledtider. Arbetet har fördröjts av att verksamheten inväntar automatiska data från Nationell kvalitetsregisterrapportering.

Särskild personal har tillsatts i verksamheten för att främja optimal användning av IT-system. Tillsammans med chefer och medarbetare kontrolleras flöden och hur dessa beskrivs i journalen, vilket varit till stor nytta för att bättre kunna använda systemet. Vårdokumentationen upplevs även vara förbättrad i form av mer kvalitativa vårdplaner och journaler, där dokumentation har förbättrats tack vare Deplyftet. Deplyftet syftar till att barn och unga som söker till BUP screenas för depression och att vården följer Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatriens riktlinje. Utbildning i Deplyftet startade under 2018 och pågår fram till 2021.

Delgivning om uppföljning av väntetider etc.

Det finns en stående punkt på arbetsplatsträffar (APT) som avser delgivning om uppföljning av väntetider, patientflöden, ledtider etc. enligt egenkontroll. Upplevelsen är att informationen som delges på APT ger en realistisk bild av verksamheten. I intervjuer framkommer att vissa enheter väljer att avstå från delgivning av (för mycket) information, framför allt statistik, för att inte belasta medarbetare ytterligare.

Avvikelse rutiner

Avvikelsehantering och –uppföljning är ett fokusområde i högre grad än tidigare. Skriftliga rutiner finns som beskriver när avvikelser ska upprättas, samt hur uppföljning av upprättade avvikelser bör hanteras. Det finns även ett nytt websystem för avvikelsehantering. Medarbetarna har i viss omfattning informerats om rutinerna, men på vissa enheter anges att personalen själv får kolla upp dessa. Under denna gransknings genomförande har delgivning av avvikelserapportering för 2018 ägt rum, men avvikelsernas natur har fram tills detta inte varit kända bland alla medarbetare. Önskemål framkommer om mer tid för genomgång av rutiner samt för diskussion av avvikelser inom team och på APT. Enhetsspecifika variationer förekommer.

Benchmark produktivitet

Verksamheten har genomfört en jämförelse av produktivitet med regionerna Uppsala, Västmanland och Stockholm. Benchmark avseende produktivitet har även skett via

Nysams nätverk för BUP. Beslutet för Dalarna är ett mål om 15 besök per vecka och behandlare.

Bedömning

Vi bedömer att IT-systemen på ett bättre sätt stöttar verksamheten i att få ut relevant statistik kring väntetider etc. Vi bedömer att kommunikation kring åtgärder, t ex rutiner brister ibland, samt att kommunikation av statistik till medarbetare behöver göras mer likformig. Vi bedömer att kommunikationen internt inom BUP behöver utvecklas.

Rekommendationer

Vi rekommenderar att kommunikation prioriteras inom BUP och att tid avsätts för kommunikation och diskussion.

2.1.3. Samverkan och utvecklingsarbete med andra aktörer

Samverkan med andra aktörer som arbetar med barn och ungdomars psykiska hälsa har utvecklats sedan senaste granskningen. Det finns dock fortsättningsvis aktörer där samarbetet har förbättringspotential, exempelvis skolan. Nya samverkansavtal har tagits fram, t ex en länsövergripande samverkansöverenskommelse mellan BUP och primärvård samt HAB. Vikten av att förtydliga gränssnitt betonas vid intervjuer. Otydlighet i gränssnitt nämns framför allt till första linjen /primärvården, vilket kräver kontinuerlig dialog. Samarbetet mellan kommunerna har fått hög prioritet och statliga PRIO-medel satsas på samordningen i form av samtalsmottagningar. Det existerar goda lokala samarbeten där mottagningarna fungerar bra, men variationer existerar. Till exempel har mottagningen i Falun varit hårdare belastad än andra och där har samarbetet lidit då tid för samverkansmöten saknats. Översyn av flöden sker vid samverkansmöten med BUP. BUP:s önskemål är att samtalsmottagningarna förstärks så att patienter kan överlämnas - dialog pågår kring detta. Det finns en önskan från primärvården att undvika dröjsmål i överföringar till BUP och tidigarelägga BUP:s insatser avseende patienter som är för komplexa för primärvård.

Samverkan med skolor beskrivs i intervjuer som varierande – i en del fall fungerar det bra och i andra fall inte alls. Några intervjuade anser att det inte skett så mycket sedan senaste granskningen. Initiativ till samverkan tas främst från BUP. Barnhälsovården (BHV) betonar att det skrivs mycket rutiner men att implementering och relationen med skolan är det centrala. Tillgången till remissunderlag från kommunerna och skolorna har förbättrats i och med en central remisskonferens. Med primärvården sker kontinuerlig dialog kring de brister som uppdagas. Primärvården efterfrågar bl a en konsultationslinje till BUP för att minska antalet remisser som BUP anser som onödiga. Ett standardiserat underlag för remisser är under arbete.

BUP har utökat antalet projekt med samarbetspartners i syfte att tydliggöra gränsdragningar och öka samverkan. Projektet ”Tidiga insatser” mellan BUP och Habilitering (HAB) där BUP var med vid uppstart syftade till att hitta barn med behov av tidiga insatser. Projektet var lyckosamt och ökade samsarbetsytorna. BUP är inte med i detta

projekt längre, och deras närvaro efterfrågas vid intervjuer. Gemensamma utbildningstillfällen mellan HAB/primärvård och BUP har införts för diskussion kring gränssnittspatienter. Antalet samverkansforum mellan primärvård och BUP har också ökat i och med projektet "Lita på varandras bedömningar" för att minska antalet onödiga bedömningar. Mellan BUP och Barn- och Ungdomsmedicin (BUM) sker samverkan då barnneurologerna och KCNP erbjuder stående konsultationstider åt båda hållen, vilket ses som ett bra forum för värdefulla diskussioner innan remiss skrivs. Nya projekt som avser ökad samverkan över gränser fördröjts av avsaknad av politiska beslut då beslut bör fattas i olika divisioner. Det leder till att det finns vissa samverkansområden där projekten inte kommer igång. Exempel på projekt är "Special-BVC", en instans mellan specialistvård och primärvård, "Essence"-mottagningar för barn med sammansatt problematik samt "Barnhälsoteam" som är lokala samarbetsgrupper där stödmöjligheter till barnet diskuteras. För dessa projekt finns färdiga projektbeskrivningar men processerna har ännu inte tagits i mål. Externa aktörer anser att BUP lägger tid på att få till vårdkedjan och samordna utifrån tillgängliga resurser samt vill diskutera och hitta lösningar som är bra för patienterna. Det önskas utökad medverkan från andra aktörer inom vård, omsorg och samhälle, färre stuprör och mer gränsöverskridande arbete för att minska trycket på BUP. Vikten av att inte endast fokusera på köerna betonas, utan att aktörerna som jobbar med att förbättra barn- och ungdomars hälsa betraktas som en helhet.

Bedömning

Vi bedömer att många projekt äger rum för att öka samverkan mellan aktörer, men att dessa ibland fördröjs p g a. avsaknad av beslut. Vi bedömer att tydligare gränssnitt fortsatt är ett utvecklingsområde.

Rekommendationer

Vi rekommenderar att tid för genomförande av samtalsmottagningarna avsätts samt att mottagningarna i högre grad ställer patienten i fokus. Vi rekommenderar att verksamheten arbetar vidare med samarbetet med framför allt skolor samt primärvården för att hitta lösningar som behövs. Vi rekommenderar att överlämningar till öppenvård från KCNP ses över så att kommunikationsbristerna åtgärdas. Vi rekommenderar även att aktörerna som jobbar med att förbättra barn- och ungdomars hälsa betraktas som en helhet, samt att projekt för ökad samverkan prioriteras i högre utsträckning på politisk nivå.

2.2. Effekt och ändamålsenlighet av vidtagna åtgärder

Vidtagna åtgärder anses vara ändamålsenliga på ett övergripande plan. Mycket förbättringsarbete har genomförts eller påbörjats och åtgärderna har i stor utsträckning motsvarat de rekommendationer som gavs i samband med senaste granskning. Implementering av åtgärder behöver ske fullt ut för att stärka ändamålsenligheten. Fler åtgärder kring arbetsmiljö och personalsituation önskas från verksamheten för ökad ändamålsenlighet. I flera intervjuer betonas att många åtgärder vidtagits men att en slutlig effekt av alla dessa inte ännu kan bedömas fullt ut. Orsakerna är att det inte gått särskilt

lång tid från senaste granskningen, att åtgärderna i vissa fall endast implementerats lokalt och inte över hela regionen samt att effekterna av utvecklingsarbete tar tid. Vissa resultat går att identifiera, t ex resultatet för SKL:s väntetider i vården som visar att verksamheten klarar vårdgarantin bättre än förr, och medarbetarenkäter som visar att samtliga parametrar förbättrats sedan senaste granskningen. Verksamheten har under 2018 även startat patientenkäter i öppenvården för att kontinuerligt utvärdera och mäta patientupplevelse gällande bemötande, delaktighet, tillgänglighet, trygghet och vårdplan.

Uppföljning av åtgärder

Vidtagna åtgärder följs och har följts upp på olika nivåer. Hälso- och sjukvårdsnämnden har en regelbunden uppföljning av verksamheten. Uppföljningen varierar något mellan frågeområden och enheter men är enligt flera intervjuade mer strukturerad än tidigare. Tydliga rutiner kring uppföljning finns. Verksamhetsberättelsen beskriver hur uppföljning sker, t ex genom kvartalsvis sammanställning av väntetider för Division Psykiatri, väntetidsmätningar samt i enskilda ärenden med patient/familj och professionellt nätverk eller vid kollegiala konsultationer/möten som avser enskild patient. Verksamheten har även regelbunden egenkontroll per enhet och avser exempelvis väntetider, inskrivningar, beläggningsgrad, sjukfrånvaro och aktuella patienter. Regionens handlingsplan innefattar uppföljning av de projektområden som togs fram 2016 och beskriver genomförda aktiviteter, använda resurser samt resultat inom de fem projektområdena: förebyggande och främjande arbete, tillgänglighet och tidiga insatser, utsatta grupper, enskildas delaktighet och rättigheter samt ledning, styrning och organisation.

Bedömning

Vi bedömer att vidtagna åtgärder i stora drag har varit ändamålsenliga. Vi bedömer att effekten av vidtagna åtgärder till viss del är för tidig att bedöma. Vi bedömer att uppföljning planeras och uttrycks i verksamhetens styrande dokument men att den i praktiken varierar något mellan frågeområden och enheter.

2.2.1. Kan resultat avläsas och har väntetider, produktivitet etc. förändrats?

Väntetider

Väntetiderna har förbättrats sedan senaste granskningen. År 2016 fick 70 procent sitt första besök inom 90 dagar, medan siffran är 97 procent i maj 2019. I augusti 2016 fick 47 procent av patienterna första besök inom 60 dagar jämfört med 59 procent i mars 2019. Detta ska jämföras med målet som är 70 procent. De som bedöms ha behov av specialistnivåns insatser ska erbjudas ett första besök inom 30 dagar från att vårdbegäran har skett. Verksamhetsledningen hade önskat större förbättring på denna punkt sedan senaste granskning. Stor variation råder i tillgänglighet mellan enheterna, främst p g a. olika förutsättningar. Bruksorter som Avesta och Ludvika har en helt annan problematik än Falun, och belastas exempelvis mer av svåra missbrukspatienter. Vissa enheter saknar t ex psykologer, och mer samordning efterfrågas, t ex mobila team och centralisering av nybesök, för att kunna erbjuda bättre vård.

Arbete pågår med att säkerställa att samtliga patienter som bedöms ha behov att träffa läkare får göra detta. Verksamheten har arbetat för ökad tillgänglighet genom köpta utredningar, rekrytering av läkare samt förhyrning av läkare. Projekt för att bli oberoende av hyrläkare pågår och inkluderar en femårsplan för rekrytering av specialistläkare till BUP för att öka antalet fasta läkare i vården. Syftet är ökad patientsäkerhet och stärkt kompetens i teamen på mottagningarna. I dagsläget har BUP rekryterat en fast läkare samt tre ytterligare ST-läkare. Ett akutteam har startats i Falun 2017 för att lyfta bort akuta fall från öppenvården för att öka tillgänglighet och tillskapa behandlingstider, vilket bemötts positivt bland personal. Patienter som väntar på behandling har enligt intervjuer oftare fått en fast vårdkontakt tilldelad och uppföljning av patienterna upplevs ha förbättrats. Ett projekt där uteblivna patienter kontaktats med sms har bidragit till att uteblivna besök minskat sedan senaste granskning, från ca 9 procent till drygt 3 procent. Köerna till utredning har kortats genom externa vårdköp, och andel köpt vård har ökat kraftigt mellan 2017 och 2018, med ca 10 miljoner kronor. Arbetet med att korta köer har genomförts med en projektanställd köordinator. Stort vakansläge av psykologer medför att antalet egna utredningar inte är tillräckligt högt. Intervjuer med KCNP vittnar om ett ökat inflöde av remisser i och med uppdragsändringen, 7-12 remisser jämfört med tidigare fyra.

Produktivitet

En ökning i produktivitet har skett sedan den förra granskningen. Under 2018 gjordes 529 öppenvårdsbesök per årsarbetande behandlare jämfört med 2016 då antalet öppenvårdsbesök per årsarbetande behandlare var 483. Enligt data från Nysam har inflödet ökat sedan 2014, både i absoluta tal samt i relation till antal invånare i regionen. Andel nybesök som andel av totalt antal besök har inte ökat under 2015–2019. På mottagningar har nybesöken omstrukturerats, och analys har gjorts av exempelvis vilka skattningsskalor som ska användas. Autismtest görs nu på mottagningarna och screeningen "Mini-KID" syftar till att sortera vem som tillhör BUP och garantera att patienten är på rätt vårdnivå. Enligt intervjuer är det en förbättring, men risk finns för att ökad screening leder till fler utredningar. För att höja produktiviteten har t ex utredningar av externa psykologer köpts in. Produktionsplaneringsverktyget används men ses främst som ett måldokument. Målet är 15 producerade besök per vecka, en siffra som inte uppnås, vilket beror på chefsbyten som ägt rum samt rekryteringar som gjorts, vilket innebär att nya medarbetare behöver introduceras, handledas samt vidareutbildas. En annan orsak till att 15 besök inte uppnås är olika arbetssätt på enheterna trots likartade flöden och övergripande rutiner. Överlämning till öppenvård från KCNP beskrivs som ett bristfälligt flöde: Då utlåtandet ska återges av KCNP kallas öppenvården till möte men ibland dyker ingen upp och ett kostsamt utredningsarbete går förlorat då ett skriftligt utlåtande inte är lika högkvalitativt.

Styrning och uppföljning på enhets- och medarbetarnivå för att höja produktiviteten sker men vissa variationer förekommer mellan t ex enheternas uppföljning. Produktionsplaner bör månatligen följas upp enhetsvis av ledningsgruppen, och enhetscheferna ansvarar för produktionsuppföljning på individnivå. Följsamhet till och kännedom om produktionsplanen varierar. Ledningen arbetar med förbättringsåtgärder och i den

genomförda analysen föreslås åtgärder för att minska skillnaderna, t ex förbättrad implementering av och följsamhet till produktionsplan samt pågående revidering av samarbetsdokument med primärvården. En del förbättringsåtgärder som vidtagits, exempelvis den centrala remisskonferensen, möjliggör eventuella framtida flödes- och produktivitetsförbättringar. Behov för standardiserade vårdförlopp har identifierats och omvärldsanalys pågår. Målet är att underlätta för medarbetare att utvärdera vårdplan och avsluta efter insats, samt skapa förutsättningar för att planera kapacitet och öka produktionen. I styrkort 2019 finns mål för ökad produktion och antal arbetade timmar. I intervjuer ifrågasätts hur en ”snabbare” vård ska motiveras och betoning på vårdtyngd och typ av uppgifter önskas.

Analys av skillnad mellan antal påbörjade och avslutade patienter

En skriftlig analys finns som beskriver orsakerna till och konsekvenserna av skillnaderna mellan antal påbörjade och avslutade patienter. Föreslagna och pågående åtgärder beskrivs även i analysen. Analysen lyfter fram att främsta orsaken till skillnaden är ökat antal patienter, främst autism och ADHD, som inte får gå hos primärvården och inte följs upp av någon annan instans. En stor andel patienter har livslånga funktionsnedsättningar, vilket leder till färre vårdavslut och att överföring endast kan ske när barnet överförs till vuxenpsykiatri. Att BUP inte kan remittera tillbaka till primärvården ses som ett stort problem samt att läkemedelsuppföljning inte sker i primärvården.

Behandlingskonferenser

Rutiner, arbetssätt och arbetsformer samt deltagande vid behandlingskonferenser har setts över och arbete kring detta pågår i nuläget. Det finns en nyligen reviderad riktlinje för förfarande vid behandlingskonferens. En panelkonferens testas där enbart de som berörs av det enskilda patientarbetet deltar. Vid intervjuer framkommer att detta fungerar bättre än förr men stress upplevs kring att komplexa ärenden ska behandlas snabbt, vilket befaras leda till kvalitetsbortfall. För att säkerställa att samtliga patienter kommer rätt har öppenvården infört en ny central remisskonferens, där olika professioner deltar. En ny rutin beskriver förfarandet. Intervjuer vittnar om effektivare flöden samt snabbare tillgång till rätt vård. En rutin för hantering av remisser på remisskonferenser har tagits fram. Remisser på KCNP upplevs vara av högre kvalitet än förr då personalen förstår när remiss till autismutredning ska göras samt har mer kunskap om behandlingen och dess längd. Generell översyn av deltagande vid remisskonferens önskas på KCNP.

Bedömning

Vi bedömer att produktivitet, väntetider etc. förbättrats men att det fortsatt finns förbättringspotential, t ex avseende måluppfyllelse för besök inom 30 dagar samt produktivitet. Vi bedömer att variationer i enheternas förutsättningar samt vårdtyngd behöver inkluderas i högre omfattning vid planeringen. Vi bedömer att samordningsmöjligheter och vårdkvalitet är viktiga faktorer att beakta för att garantera god vård samt minska belastning. Vi bedömer att rekrytering utifrån vakanser är mycket relevant för att BUP ska klara sitt uppdrag och vårdgarantin. Det behövs även kompetensutveckling för nya medarbetare.

Rekommendationer

Vi rekommenderar en översyn av samordningsmöjligheter mellan öppenvårdsmottagningarna samt att ytterligare fokus läggs på att fylla vakanser. Vi rekommenderar att analys genomförs av vilka åtgärder som kan vidtas för att öka andelen nybesök. Vi rekommenderar att variationer i enheternas förutsättningar samt vårdtyngd behöver inkluderas i högre omfattning vid planeringen av verksamheterna.

2.3. Övriga revisionsfrågor

2.3.1. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Dokument avseende egenkontroll finns upprättat: "Rutinen för Egenkontroll Uppföljning Erfarenhetsutbyte" som är baserat på Socialstyrelsens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2011:9). Rutinen är ett redskap för verksamhetsuppföljning som ska ske regelbundet via chefer, patientsäkerhetssamordnare eller annan utsedd person och genomförs via enkäter, journalgranskning, statistik, intervjuer och rapportering. Ansvarsområden och -personer specificeras i dokumentet. Även BUP:s uppdragsbeskrivning ingår i divisionens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

2.3.2. Framtidsplan

Det finns ingen specifik framtidsplan för verksamheten men andra dokument som beskriver den framtida utvecklingen samt målen existerar. Ett styrkort finns utformat för 2019 där strategiska mål, framgångsfaktorer, målvärden samt mätintervall beskrivs. I regionplanen 2019 beskrivs följande fokusområden för BUP: Korta köerna inom BUP t ex genom att utveckla första linjen, öka kompetensen i verksamheten, garanti för att övergångar från BUP till vuxenpsykiatri fungerar samt att mobila vårdteam ska utredas. I Nysams verksamhetsbeskrivning uttalas framtidsvisioner som förhoppningar om samordningsvinster inom division psykiatri gällande t ex möjligheter till samlokalisering av heldygnsvård, samordning kring jourlinje med VUP, och fortsatt arbete kring gemensamma rutiner i divisionen. I verksamhetsberättelsen för BUP lyfts e-hälsa och telekommunikation upp som framtida områden för ökade möjligheter att driva vård.

Bedömning

Vi bedömer att ett ledningssystem finns för systematiskt kvalitetsarbete och uppföljning i form av egenkontroll sker regelbundet. Vi bedömer att de beskrivningar som finns kring verksamhetens framtida utveckling framkommer på ett fullgott sätt.

Bilaga 1

Särskilda frågeställningar

Granskningen har med utgångspunkt i ursprungligen genomförd granskning särskilt beaktat:

- Vilka åtgärder har vidtagits i organisationen efter föregående granskning för att åtgärda påtalade brister (har t ex de åtgärder som utfästes i styrelsens yttrande verkställts)?
- Har de rekommendationer e t c som lämnades i 2016 års granskning beaktats?
- Har samverkan med andra aktörer som arbetar med barn och ungdomars psykiska hälsa utvecklats (t ex primärvårdens samtalsmottagningar, kommuner)?
- I vilken utsträckning har vidtagna åtgärder varit ändamålsenliga – har åtgärderna följts upp och resultatet kunnat avläsas?
- Har produktivitet, väntetider e t c förändrats jämfört med situationen vid föregående granskningstillfälle?
- Övriga frågeställningar som är relevanta för att uppnå granskningens syfte:
 - Finns en framtidsplan där en framtidsvision för BUP:s verksamhet framkommer på ett greppbart, realistiskt och begripligt sätt?
 - Har verksamheten ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och hur organiseras arbetet utifrån den? Hur sker uppföljning?

Disposition

Avsnitt	Innefattar följande frågor:
<p>2.1 Vidtagna åtgärder</p>	<p><i>Vilka åtgärder har vidtagits i organisationen efter föregående granskning för att åtgärda påtalade brister (har t ex de åtgärder som utfästes i styrelsens yttrande verkställts)? Har de rekommendationer e t c som lämnades i 2016 års granskning beaktats?*</i></p> <p>2.1.1 Förutsättningar utifrån styrelsens styrning och ledning</p> <p><i>Att BUP:s uppdragsbeskrivning ses över och tydliggörs så att det är tydligt för ledning och medarbetare hur uppdraget är tänkt att utföras exempelvis utifrån befintlig personalstyrka.</i></p> <p><i>Att BUP:s ledning tydliggör vilka patienter som ska utredas och behandlas av KCNP (Kunskapscentrum för neuropsykiatrisk utredning).</i></p> <p><i>Att landstings- och verksamhetsledning säkerställer hur medarbetarnas fortsatta motivation kan ökas så att inte fler väljer att avsluta sin anställning på grund av vantrivsel.</i></p>

	<p>2.1.2 Kontroll på väntetider, patientflöden och ledtider</p> <p><i>Att systemansvarig för befintliga IT-system, som används för att kontrollera väntetider, patientflöden och ledtider etc, genomför en översyn av de brister som har framkommit i granskningen och säkerställer att dessa åtgärdas.</i></p> <p><i>Att en översyn av befintliga IT-system bör ske i syfte att skapa kontroll över väntetider till neuropsykiatrisk utredning och behandling.</i></p> <p><i>Att delgivning om uppföljning av väntetider, patientflöden, ledtider etc införs vid regelbundna tillfällen till samtliga personal inom BUP.</i></p> <p><i>Att verksamhetsledning säkerställer att skriftliga rutiner upprättas avseende hur och när avvikelser ska upprättas, samt hur uppföljning av upprättade avvikelser bör hanteras. Att berörd personal informeras om rutinerna för avvikelshantering samt att komplettering av utbildning genomförs i hur avvikelser upprättas, för personal som saknar kunskap om detta.</i></p> <p><i>Att i samband med översynen av produktionsplanering genomföra en benchmark med andra landsting/regioner för att säkra att produktivetsmått fastställs enligt best practice. Det finns till exempel BUP-verksamheter i Sverige som har som mål att producera 15 besök per behandlare och vecka.</i></p> <p>2.1.3 Samverkan och utvecklingsarbete med andra aktörer</p> <p><i>Har samverkan med andra aktörer som arbetar med barn och ungdomars psykiska hälsa utvecklats (t ex primärvårdens samtalsmottagningar, kommuner)?</i></p> <p><i>Att liknande projekt som pågår mellan BUP och primärvården genomförs med BUP:s samtliga samarbetspartners för att tydliggöra gränsdragningar och öka samverkan.</i></p>
<p>2.2 Effekt och ändamålsenlighet av vidtagna åtgärder</p>	<p>2.2. Effekt och ändamålsenlighet av vidtagna åtgärder</p> <p><i>I vilken utsträckning har vidtagna åtgärder varit ändamålsenliga – har åtgärderna följts upp?</i></p> <p>2.2.1 Kan resultat avläsas och har väntetider, produktivitet etc förändrats?</p> <p><i>Har produktivitet, väntetider e t c förändrats jämfört med situationen vid föregående granskningstillfälle?</i></p> <p><i>Att ledningen i form av chefer på alla nivåer behöver styra och följa upp på enhets- och medarbetarnivå med avsikt att signifikant höja produktiviteten för att säkerställa att patientflöden och arbetsorganisation är optimala.</i></p>

	<p><i>Att en fördjupad analys genomförs av orsakerna till och konsekvenserna av skillnaderna mellan antal påbörjade och avslutade patienter.</i></p> <p><i>Att rutiner, arbetssätt och arbetsformer ses över för vilka roller som deltar i behandlingskonferenser, liksom verksamheten har sett över förfarandet av remisskonferenser, så att enbart de som nödvändigtvis behöver vara med deltar.</i></p> <p><i>Att BUP:s ledning säkerställer att samtliga patienter som bedöms ha behov av att träffa läkare får göra detta.</i></p>
<p>2.3. Övriga revisionsfrågor</p>	<p>2.3.2 Har verksamheten ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och hur organiseras arbetet utifrån den? Hur sker uppföljning?</p> <p>2.3.1 Finns en framtidsplan där en framtidsvision för BUP:s verksamhet framkommer på ett greppbart, realistiskt och begripligt sätt?</p>

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningskriterier som utgör grunden för revisionens analyser och slutsatser. Dessa innefattar:

- Hälsa- och sjukvårdslagen, 2017:30
- Patientsäkerhetslagen, 2010:659
- Aktuella struktur- och förändringsplaner och övriga relevanta budgetdokument
- BUP Dalarnas samlade uppdrag, riktlinjer och måldokument
- Nationella, regionala och lokala vårdprogram och riktlinjer för arbetssätt, ledtider, kvalitet mm., för aktuella diagnoser (t ex ADHD, autismspektrumtillstånd)
- Socialstyrelsens rapporter och rekommendationer inom relevanta områden, till exempel Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Helseplan Nysams nyckeltal

I övrigt har Helseplan följt SKYREV:s riktlinjer för god redovisningssed.

Metod

För genomförande av uppföljningsgranskningen har Helseplan använt sig av nedan beskrivna metoder.

Dokument- och statistikgranskning

Helseplan har gått igenom de dokument som tillkommit eller förtydligats sedan 2016 års granskning, i enlighet med rekommenderade åtgärder. Dessa innefattar exempelvis skriftliga rutiner för avvikelshantering och väntelista, hantering av remisser, rutin för behandlingskonferenser och remisskonferenser, samt förtydligad uppdragsbeskrivning. Övriga granskade dokument innefattar exempelvis senaste regionplanen, handlingsplaner, uppföljningsrapport till styrelsen från december 2017 samt verksamhetsberättelse.

Riktlinjer för samverkan med samarbetsparter har granskats, med särskilt fokus på gränsdragning mellan huvudmän och vårdnivåer. Helseplan har även granskat statistik. Dessa innefattar aktuella siffror för väntetider i SKL:s ”Väntetider i vården” samt statistik som tagits fram i Helseplan Nysams utvecklingsgrupp för barn- och ungdomspsykiatri. Även aktuella verksamhetsdata som ingår i BUP:s egenkontroll har granskats.

Intervjuer

Sammanlagt 17 semistrukturerade intervjuer per telefon har genomförts. Intervjupersonerna har valts ut med uppdragsgivaren och verksamhetschefen för BUP. Intervjupersonerna innefattar företrädare för verksamhets- och divisionsledning, öppen- och slutenvården, BUP, primärvård och habilitering samt HSN.

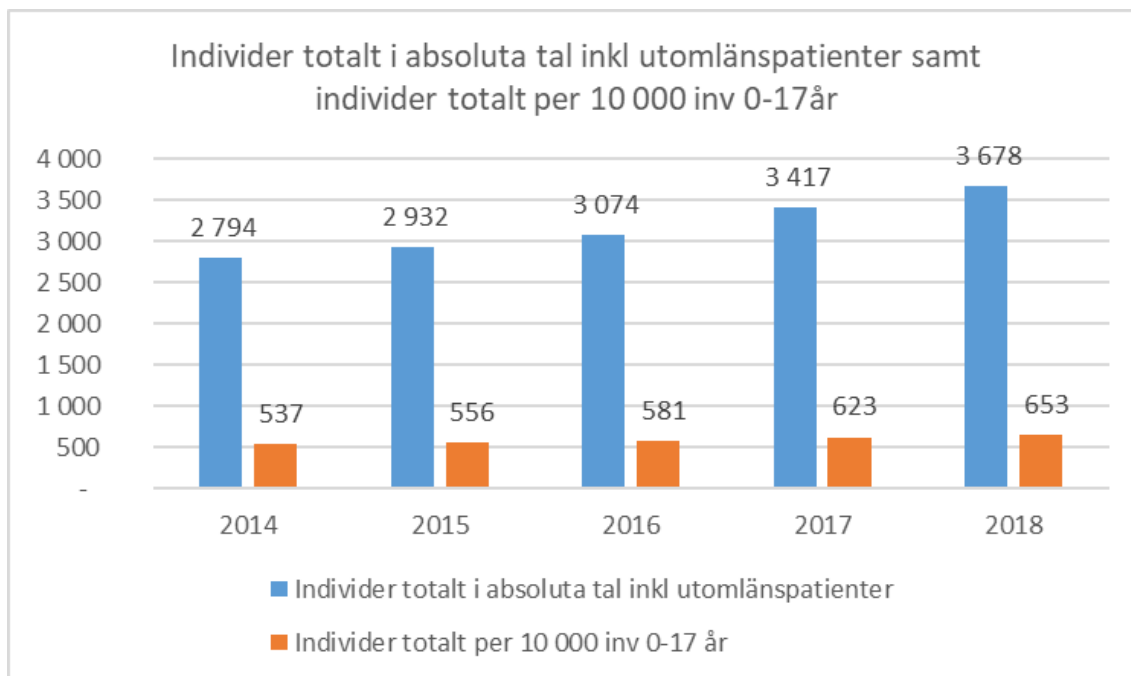
Kvalitetssäkring

Rapporten har saklighetsgranskats av verksamhetsföreträdare som valts ut av uppdragsgivaren.

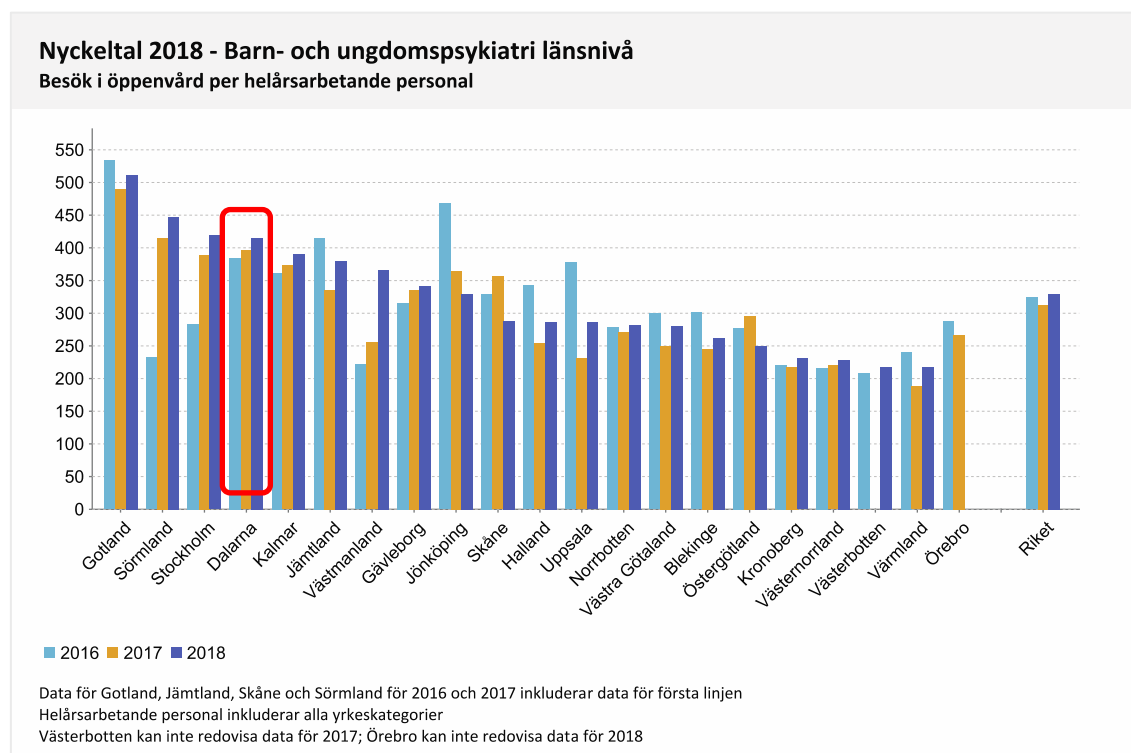
Projektorganisation

Granskningen har genomförts av Helseplan och kontaktperson till Region Dalarna har varit revisionschef Kjell Johansson. I Helseplans arbetsgrupp ingick Patrik Holmberg (projektledare), Elina Sonnerstam och Fanny Reuter.

Bilaga 2 – Statistiska grafer



Källa: Statistik från Nysam



Källa: Nysamrapport inom barn- och ungdomspsykiatri, med data från 2018. Observera att grafen visar samtlig personal.