

Granskning av patientflöden och effektivitet inom barn- och ungdomspsykiatri

Helseplan Consulting Group AB

Oktober 2016

Patrik Holmberg

Teresa Herlin

Björn Wrangsjö

Frida Sporrang



Innehåll

Sammanfattning.....	2
1. Inledning.....	6
1.1. Bakgrund	6
2. Iakttagelser, bedömningar och rekommendationer	6
2.1. Iakttagelser: Kontroll på väntetider, patientflöden och ledtider....	6
2.1.1. Avvikelsehantering.....	7
2.2. Iakttagelser: BUP:s förutsättningar utifrån styrelsens styrning/ledning	7
2.2.1. Tydlighet i uppdrag	7
2.2.2. Kompetensutveckling och arbetsmiljö	8
2.2.3. Gränssnittet och samverkan mellan BUP och viktiga samarbetsparter, särskilt gentemot primärvården.....	8
2.3. Iakttagelser: Väntetider, patientflöden och arbetsorganisation	9
2.3.1. Tillgänglighet	9
2.3.2. Produktivitet och effektivitet i patientflöden och arbetsorganisation	10
2.4. Iakttagelser: Utvecklingsarbete för att optimera BUP:s verksamhet	12
2.5. Iakttagelser: Kösituationen för neuropsykiatrisk utredning	12
BILAGA 1: Revisionsfrågor, revisionskriterier, metod etc.	14
BILAGA 2: Grafer som redovisar tillgänglighet och produktivitet	18

Sammanfattning

På uppdrag av revisorerna i Landstinget Dalarna har Helseplan genomfört en granskning av den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Syftet med granskningen är att ge underlag för att kunna bedöma om barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har ett effektivt och ändamålsenligt patientflöde och använder befintliga personalresurser på ett effektivt sätt. Granskningen är också en uppföljning av den genomgång som revisorerna genomförde 2012.

Huvudsaklig informationsinhämtning har skett genom intervjuer och granskning av styrande och redovisande dokument, statistikgranskning och journalgranskning.

Kontroll på väntetider, patientflöden och ledtider – I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna 1 och 2: ”har de brister etc. som påtalades i revisorernas granskning år 2012 åtgärdats?” samt ”har verksamhetsledning kontroll på väntetider, patientflöden, ledtider etc. och används ändamålsenliga system för detta?”

Vi bedömer att verksamhetsledning till viss del har kontroll på, och följer upp, väntetider, patientflöden, ledtider etc men att det finns brister avseende system och rutiner som påverkar kontrollerbarheten.

Vi bedömer att brister såsom exempelvis att system inte tillåter möjlighet att redogöra för exempelvis antal pågående patienter eller väntelistor för specifika diagnosgrupper hindrar verksamhetsledning att ha full kontroll på väntetider, patientflöden, ledtider etc. Vidare **bedömer vi** att på grund av dessa brister kan befintliga system inte ses som fullt ändamålsenliga. Däremot gör vi bedömningen att det pågår ett ambitiöst arbete med att göra systemen ändamålsenliga.

Vi bedömer att avvikelser används men inte i tillräcklig utsträckning. Bedömningen baseras främst på intervjuer där medarbetare identifierar att det finns fler tillfällen som avvikelser kan både upprättas och följas upp.

- **Vi rekommenderar** 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.
- **Vi rekommenderar** att delgivning om uppföljning av väntetider, patientflöden, ledtider etc införs vid regelbundna tillfällen till samtliga personal inom BUP.
- **Vi rekommenderar** att verksamhetsledning säkerställer att skriftliga rutiner upprättas avseende hur och när avvikelser ska upprättas, samt hur uppföljning av upprättade avvikelser bör hanteras. Vi rekommenderar 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.

BUP:s förutsättningar utifrån styrelsens styrning och ledning – I detta avsnitt besvaras revisionsfrågorna 1 och 6: ”Har de brister etc. som påtalades i revisorernas granskning år 2012 åtgärdats?” samt ”ges BUP, genom styrelsens styrning och ledning, de förutsättningar som krävs för att uppnå fullmäktiges målsättningar?”

Vi bedömer att BUP:s uppdragsbeskrivning är tydlig avseende formulering av uppdrag men att det inte är tillräckligt tydligt beskrivet avseende hur uppdraget ska utföras. Exempelvis beskriver intervjuade att de saknar beskrivning om hur det utökade uppdraget inom autism ska kunna genomföras utifrån befintlig personal.

Vi bedömer att det pågår ett ändamålsenligt arbete med att förbättra förutsättningarna för ett bättre samarbete och tydligare avgränsningar gällande ansvarsområden mellan BUP och primärvården.

Vi bedömer att det finns förbättringspotential gällande definierade gränsdragningar mellan BUP och samarbetsparter. Vi bedömer att tydligt definierade gränsdragningar är viktiga förutsättningar för att BUP dels ska kunna utföra det givna uppdraget inom ramen för sitt ansvarsområde, dels upprätthålla en god samverkan med samarbetsparter.

Vi bedömer att BUP:s utökade uppdrag i samband med att diagnosgruppen autism lyftes från habiliteringen (HAB) har påverkat BUP:s förutsättningar att uppnå fullmäktiges mål. Det beror framför allt på att personalresurser inte har utökats i enlighet med det utökade uppdragets omfattning. BUP står dessutom inför en svår situation där stora personaltapp har skett inom flera yrkeskategorier.

Vi bedömer att arbetsmotivationen riskerar att påverkas negativt av personals upplevelse om lägre löner, i jämförelse med andra landsting, besparingsåtgärder avseende minskad tid för handledning, utbildning, prövningar av ersättningstjänster.

Vi bedömer att minskade personalbefrämjande trivselfaktorer såsom friskvårdsbidrag är vanligt förekommande besparingsåtgärder som ofta inte inbringar stora besparingar men däremot kan ha en negativ påverkan på medarbetarnas upplevelse av sin arbetsplats.

- **Vi rekommenderar** 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.
- **Vi rekommenderar** att landstings- och verksamhetsledning säkerställer hur medarbetarnas fortsatta motivation kan ökas så att inte fler väljer att avsluta sin anställning på grund av vantrivsel.
- **Vi rekommenderar** att liknande projekt som pågår mellan BUP och primärvården genomförs med BUP:s samtliga samarbetspartners för att tydliggöra gränsdragningar och öka samverkan.

Väntetider, patientflöden och arbetsorganisation – I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna 1, 3 och 4: ”har de brister etc. som påtalades i revisorernas granskning år 2012 åtgärdats?” samt ”Uppnås målet om väntetider till nybesök för patienter och understödjer arbetsorganisation samt använda rutiner/processer etc. att diagnos kan ställas inom skälig tid?” och ”Är patientflödena (ledtider) vid behandling av väsentliga inom BUP förekommande diagnosgrupper optimala och understödjer arbetsorganisationen samt använda rutiner/processer etc. ett optimalt patientflöde (används t ex tillgängliga personalresurser effektivt)?”

Vi bedömer att patientflöden inom BUP inte är optimala. Bedömningen görs främst utifrån tillgänglig statistik och intervjuer.

Vi bedömer att det har skett en försämring sedan tidigare granskning (2012) avseende väntetider för patienter aktuella för nybesök och påbörjad utredning/behandling. Försämringen är allvarlig med hänsyn till att andelen patienter som inom 30 dagar har fått komma på nybesök har minskat från 73 procent till 40 procent sedan 2012. Andelen patienter som inom 30 dagar har fått en påbörjad utredning/behandling har minskat från 82 procent till 29 procent sedan 2012.

Vi bedömer att det finns brister avseende produktivitet. Låg produktivitet leder till ökade köer, långa ledtider och negativ patientupplevelse. Dessutom kan det bidra till en försämrad ekonomi då verksamheten kan tvingas köpa in externa konsulter för att hantera köer.

Vi bedömer att BUP inte har lyckats avsluta lika många patienter som de har påbörjat mellan januari och augusti 2016 respektive 2015. Psykiatrin har traditionellt sett svårigheter att avsluta patienter vilket kan spela in i situationen hos BUP Dalarna.

Vi bedömer att en ökning har skett sedan tidigare granskning (2012) av andelen patienter som får träffa läkare. Det är fortsatt allvarligt att det fortfarande finns patienter som har behov av att träffa läkare men som inte får det.

- **Vi rekommenderar** 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.
- **Vi rekommenderar** 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.
- **Vi rekommenderar** att BUP:s ledning säkerställer att samtliga patienter som bedöms ha behov av att träffa läkare får göra detta.
- **Vi rekommenderar** att en fördjupad analys genomförs av orsakerna till och konsekvenserna av skillnaderna mellan antal påbörjade och avslutade patienter.

Utvecklingsarbete för att optimera BUP:s verksamhet – I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna 1 och 5: ”har de brister etc. som påtalades i revisorernas granskning år 2012 åtgärdats?” samt ”bedrivs i förekommande fall, ett ändamålsenligt arbete med att optimera patientflöden (ledtider) och undanröja hinder för ett effektivt flöde (t ex bristande geografisk samordning, oklara vårdplaner, svårighet att avsluta patienter, åtgärdande av flaskhalsar etc.)?”

Vi bedömer att det är för tidigt att fastställa om pågående utvecklingsarbeten är ändamålsenliga för att förbättra väntetider, ledtider och patientflöden. Utvecklingsarbetena är antingen i planeringsstadiet eller nyligen påbörjade varför en fullständig bedömning inte kan göras.

- **Vi rekommenderar** 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.

Kösituationen för neuropsykiatrisk utredning: I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna 1 ”Har de brister etc. som påtalades i revisorernas granskning år 2012 åtgärdats?” samt tillägsfrågor som är specifikt inriktade mot neuropsykiatrisk utredning. Se bilaga 1 avsnitt 1.5 för vilka frågor som besvaras.

Vi bedömer att det inte fullt ut går att besvara frågan om hur kösituation och väntetider avseende neuropsykiatriska patienter ser ut idag. Framförallt beror detta på avsaknad av funktioner i IT-systemet.

Vi bedömer att det är otydligt för personal inom BUP och Kunskapscentrum för neuropsykiatrisk utredning (KCNP) vilka patienter som ska utredas och behandlas på KCNP.

- **Vi rekommenderar** att en översyn av befintliga IT-system bör ske i syfte att skapa kontroll över väntetider till neuropsykiatrisk utredning och behandling.
- **Vi rekommenderar** att BUP:s ledning tydliggör vilka patienter som ska utredas och behandlas av KCNP.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Landstinget Dalarna genomförde år 2012 en granskning av barn- och ungdomspsykiatri. Granskningens huvudsakliga perspektiv utgick från hälso- och sjukvårdslagens krav om vård på lika villkor. I granskningen konstaterades till exempel att enbart 40 procent av patienterna fick träffa en läkare men att alla nya patienter omhändertogs och fick en bedömning inom föreskrivna tidsintervaller.

Efter föregående granskning har bland annat trycket på BUP i viss utsträckning ökat genom till exempel mottagande av flyktingbarn i länet. BUP påverkas också av fullmäktiges beslut om åtgärder för att nå en ekonomi i balans som förutsätter att samtliga verksamheter aktivt arbetar med bland annat vårdprocesser, ledtider och patientflöden. Kraven är således stora på att tillgängliga personalresurser används effektivt. Samtidigt är barn och unga fortfarande en patientgrupp som framhålls särskilt i landstingsplanen genom det strategiska målet om en ”God psykisk hälsa hos barn och unga”. Inom ramen för det strategiska målet ”Tillgänglighet och köfri vård” anges dessutom utifrån det av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) förstärkta vårdgarantimålet att patienter till BUP ska få tid till nybesök samt påbörjad utredning/ behandling inom 30 dagar.

Med hänsyn till barn och ungas centrala roll i landstingsplanen ser revisorerna det som angeläget att granska hur styrelsen inom ramen för BUP möter kraven på effektivitet i samverkan med ökad patienttillströmning. Den nu aktuella granskningen fokuserar därför på effektiviteten i verksamheten med utgångspunkt i ett effektivt flöde av patienter och en effektiv användning av tillgänglig personal.

Se Bilaga 1 för revisionsfrågor, revisionskriterier, metod etc. För disposition av rapportens olika avsnitt samt var respektive revisionsfråga besvaras se 1.5 i bilaga 1.

2. Iakttagelser, bedömningar och rekommendationer

2.1. Iakttagelser: Kontroll på väntetider, patientflöden och ledtider

Patientsäkerhetslag (2010:659) 3 kap § 1 beskriver att ”Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen [...] upprätthålls”. Intervjuad verksamhetschef beskriver att BUP har lagt fokus vid att ta fram tillförlitliga system för att upprätthålla kontroll på väntetider, patientflöden, ledtider etc under de senaste åren och att arbetet har kommit långt. Det kvarstår fortfarande arbete för att få full kontroll inom dessa områden. Exempelvis har brister uppstått när väntelistor i journalsystemet TakeCare har korrigerats. Det har då skett fördröjningar i uppdateringar vilket har resulterat i att felaktig information har visats. Det

uppstår också problem med utdata över tid, till exempel beträffande hur många pågående patienter som finns och väntelistor kopplade till diagnos. Intervjuad beskriver att det pågår ett arbete med att se över hur dessa fördröjningar kan undvikas.

Från intervjuer framkommer att väntetider registreras i TakeCare, vilket skapar en övergripande bild av hur väntelistor och ledtider ser ut. Uppföljning av väntetider, patientflöden och ledtider sker via systemet Business Intelligence Landstinget Dalarna (BILD), ett IT-verktyg och beslutsstödsystem som utgör en samlingsplattform av för olika system som till exempel TakeCare och personalsystemet Heroma. Rapporter från BILD sammanställs månatligen och innehåller aktuella väntetider, information om hur verksamheten står i relation till mål samt eventuella behov av kompletteringar av data. Verksamhetschef och avdelningschefer för respektive enhet inom BUP tar del av rapporterna. Från intervjuer med ledning och medarbetare beskrivs att genomgång och uppföljning av rapporterna sker med medarbetare men att det inte sker regelbundet under exempelvis arbetsplatsträffar (APT).

2.1.1. Avvikelsehantering

Patientsäkerhetslagen anger i 6 kap § 4 att ”Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada”. Ett verktyg för att rapportera vårdskador är att skriva avvikelser. Det uttrycks i intervjuer att det finns en efterfrågan att använda avvikelser i utvecklingssyfte i större utsträckning än vad som sker idag. Exempel på hur avvikelser används är i utvecklings- och informationssyfte. Det beskrivs att avvikelser går igenom på APT, på behandlingskonferenser eller i direkt genomgång med berörda parter. Några av de intervjuade uttrycker ett missnöje över fall där avvikelser har upprättats men ingen åtgärd har genomförts.

2.2. Iakttagelser: BUP:s förutsättningar utifrån styrelsens styrning och ledning

2.2.1. Tydlighet i uppdrag

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anger i § 28 att ”Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet”. I intervjuer och i fokusgrupp framkommer att det finns delade uppfattningar om tydligheten i BUP:s uppdragsbeskrivning. Majoriteten av de tillfrågade anser att den allmänna beskrivningen, som är ”att utgöra Landstinget Dalarnas specialistnivå för att tillhandahålla barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet för länets barn och ungdomar 0-17 år med allvarlig psykisk ohälsa¹”, är tydlig. Däremot uppstår

¹ Källa: BUP:s uppdragsbeskrivning ”Vårdgivarens uppdrag till BUP”, s.3 (giltigt från och med 2013-03-01)

otydligheter gällande gränsdragning mot samarbetsparter som primärvård, skola och HAB samt hur uppdraget ska utföras.

Flera intervjuade och fokusgruppen uttrycker att uppdragets omfattning leder till problem inom verksamheterna. Majoriteten beskriver att uppdraget är för stort i relation till befintliga personalresurser (både i antal och i kompetens) vilket påverkar personalens förutsättningar att leva upp till det givna uppdraget. Enligt verksamhetsbeskrivning i Nysams rapport 2016 ligger ansvaret för HAB på division psykiatri och HAB:s uppdrag för autism integrerades och lyftes över till BUP under 2015. I samband med detta har BUP fått nya personalkategorier med medföljande resurser; specialpedagoger och arbetsterapeuter. Däremot har inga ytterligare personalresurser inom yrkeskategorierna psykologer och kuratorer tillkommit.

2.2.2. Kompetensutveckling och arbetsmiljö

I landstingets budget 2015 konstaterades att landstinget under en lång tid har haft en högre kostnadsnivå i jämförelse med andra landsting och att större besparingar kommer ske under kommande år. Beslut om hur de olika verksamheterna inom landstinget skulle påverkas sammanställdes i ”Struktur och förändringsplan 2016-2019 – Vägen till ett välvårdat Dalarna”. Enligt intervjuade har BUP påverkats genom gemensamma besparingsåtgärder som har riktats mot hela division psykiatri men också specifikt riktade besparingsåtgärder mot BUP. Besparingar som omnämns är minskade resurser till handledning, utbildningar och personal. Bland annat har utrymmet för att få grundutbildning i psykoterapi minskat. Det beskrivs i intervjuer att medarbetare förväntas arbeta på specialistnivå trots att de saknar kompetens. För samtliga tjänster inom BUP där personal slutar har prövning av tjänstens behov införts, vilket har lett till att flera mottagningar inom BUP har fått minskade personalresurser då vissa ersättningsanställningar inte har godkänts. Ytterligare effekter är nedskärningar som minskat friskvårdsbidrag.

2.2.3. Gränssnittet och samverkan mellan BUP och viktiga samarbetsparter, särskilt gentemot primärvården

I patientsäkerhetslagen 6 kap § 5 står att ”Hälso- och sjukvårdspersonalen ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs”. I ”Landstingsplanen 2016-2019” påtalas vikten av samverkan. De främsta samarbetsparter till BUP är primärvården, HAB, skolan och socialtjänsten. För att skapa förutsättningar för en god samverkan och tydlig gränsdragning finns samverkansdokument upprättade mellan BUP och samtliga parter.

I intervjuer påtalas en särskild gränsdragningsproblematik mellan BUP och primärvården. Ett projekt mellan BUP och primärvården pågår sedan cirka ett år tillbaka för att öka samverkan och förtydliga ansvarsfördelningen i syfte att effektivisera patientflöden där både BUP och primärvården är involverad. Projektet är pågående och ska ta form under hösten 2016. Hittills har bland annat ett dokument tagits fram som tydliggör

ansvarsfördelningen mellan BUP och primärvården. Vidare ska flödeskartläggningar genomföras för att skapa en tydligare bild av var gränsdragningsproblemen uppstår.

2.3. Iakttagelser: Väntetider, patientflöden och arbetsorganisation

2.3.1. Tillgänglighet

Genomförda nybesök och påbörjad utredning/behandling i relation till vårdgaranti

Under januari – augusti 2016 har totalt 1 461 remisser inkommit till BUP:s samtliga verksamheter. Motsvarande period under 2015 inkom 1 210 remisser, en ökning om cirka 21 procent. Antalet registrerade besök i TakeCare under januari – augusti 2016 var 15 053 stycken, jämfört med 16740 besök under samma period 2015. Det innebär en minskning om cirka 10 procent.

Under januari – augusti 2016 har 700 patienter påbörjats och 608 patienter avslutats inom BUP. Motsvarande period under 2015 påbörjades 999 patienter och 622 avslutades. Det innebär en minskning med cirka 43 procent av antalet påbörjade patienter och en minskning med cirka 3 procent av antalet avslutade patienter mellan 2015 och 2016. En förklaring från intervjuad till skillnaderna mellan antalet påbörjade 2015 och 2016 är brister i personalresurser.

Under januari – februari 2016 når BUP upp till den nationella vårdgarantin att nybesök inom specialistvården ska ske inom 90 dagar från det att remiss har inkommit. Under mars – juli 2016 når BUP inte vårdgarantin². Enligt tidigare granskning (2012) klarade BUP vårdgarantin under motsvarande period, vilket tyder på en försämring avseende produktionen sedan 2012.

BUP klarar inte den av SKL förstärkta vårdgarantin som innebär att minst 90 procent av patienterna har varit på ett nybesök inom 30 dagar. Endast 40 procent av BUP:s patienter har fått ett nybesök inom 30 dagar, från och med januari till och med juli 2016. Den förstärkta vårdgarantin innebär även att minst 80 procent av patienterna ska ha en påbörjad utredning/behandling inom 30 dagar. Av alla patienter har 29 procent fått en påbörjad utredning/behandling under samma period vilket innebär att BUP inte heller klarar kravet om den förstärkta vårdgarantin avseende påbörjad utredning/behandling, från januari – augusti 2016. BUP når inte heller kravet om tid till ett första besök 2012 (73 procent) men når däremot kravet om påbörjad utredning/behandling (82 procent). Se bilaga 2 för grafer avseende genomförda nybesök och påbörjad utredning/behandling.

Väntelistor för nybesök och påbörjad utredning/behandling

Vid slutet av 2015 var 134 patienter placerade på väntelista till nybesök. I snitt hade 42 procent av patienterna varit placerade på väntelistan längre än 30 dagar. Väntelistorna

² Källa: Väntetider i vården <http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Dalarnas/SpecialiseradBesok/>. Senast datum vid besök av webbplats: 2016-09-30. Vid granskningens genomförande fanns väntetider fram till och med juli 2016 redovisat, varför inget resultat senare än denna tidpunkt finns beskriven.

visar också att det finns en viss skillnad mellan mottagningarna. Öppenvårdsmottagningarna i Ludvika och Mora hade jämfört med de övriga öppenvårdsmottagningarna en högre andel patienter som hade väntat 30 dagar eller kortare.

Sammanlagt 180 patienter var på väntelistan till påbörjad utredning/behandling i slutet av 2015. Andelen patienter som hade väntat längre än 30 dagar till påbörjad utredning/behandling var avsevärt högre än för nybesök. I snitt hade 78 procent av patienterna väntat längre än 30 dagar. De mottagningar som tog emot lägst andel patienter inom 30 dagar var Falun (14 procent) och Ludvika (4 procent). Se bilaga 2 för detaljerad information om väntelistor.

Detta betyder att en kraftig försämring har skett avseende patienter som har väntat 30 dagar eller kortare tid sedan föregående granskning (2012) då i snitt endast 12 procent av patienterna hade väntat längre än 30 dagar på antingen nybesök eller påbörjad utredning/behandling. Av BUP:s fem öppenvårdsmottagningar hade endast Mora (11 procent), Borlänge (13 procent) och Falun (20 procent) patienter som hade väntat längre än 30 dagar till antingen nybesök eller påbörjad utredning/behandling, under 2012.

Andel patienter som träffar läkare

I föregående granskning (2012) framkom att cirka 40 procent av patienterna inom BUP får träffa en läkare. Det beskrevs att enligt Socialstyrelsen var denna nivå allt för låg. Det noterades också att det förelåg skillnader inom länet mellan hur stor andel av patienterna som fått träffa läkare.

Från och med årsskiftet 2016 till och med augusti 2016 var antalet unika patienter med besök på någon av BUP:s vårdverksamheter 2 468. Av dessa har 1 411 fått ett läkarbesök. Det innebär att i snitt träffar 57 procent av patienterna en läkare under sin behandling. I jämförelse med tidigare granskning har det skett en ökning av patienter som träffar läkare. Under samma period har 74 procent av patienterna (836 patienter) aktuella för neuropsykiatrisk utredning träffat en läkare. Motsvarande statistik finns inte tillgänglig från föregående granskning.

BUP har länsgemensamma läkarfunktioner vilket innebär att befintliga läkarresurser fördelas över verksamhetens olika delar. Endast Ludvika har en fast anställd läkare. För patienter som utreds för neuropsykiatrisk diagnos finns det ett behov av att träffa läkare för cirka 80-100 procent av patienterna. För övriga diagnoser är det svårt att besvara hur stor andel av patienterna som behöver träffa läkare på grund av individuellt baserat behov. Det bedöms i fokusgrupp och intervjuer att majoriteten av de patienter som bedöms ha behov att träffa läkare får det. Det förekommer att patienter med behov av att träffa läkare som inte får möjlighet till detta.

2.3.2. Produktivitet och effektivitet i patientflöden och arbetsorganisation

Från enskilda intervjuer, fokusgrupp och statistik observeras stora brister avseende BUP:s patientflöden och ledtider. I intervjuer och i fokusgruppen uttrycks frustration och

missnöje gällande möjligheter att upprätthålla optimala patientflöden. Orsaker till varför patientflöden och ledtider inte är optimala beskrivs främst vara:

Personalbrist

Delar av BUP:s personalstyrka har slutat under det senaste året. Minst två öppenvårdsmottagningar har förlorat cirka hälften av sin personalresurs. Det är främst psykologer och psykoterapeuter som har slutat. Intervjuad personal uttrycker att de långa väntelistorna i huvudsak beror på befintlig personalbrist. Personaltappet har resulterat dels i minskad kapacitet avseende antal medarbetare, dels i brister i senior kompetens. Flera medarbetare med mångårig erfarenhet som har slutat har ersatts med mindre erfaren personal, vilka kräver mer stöd och upplärning. Orsaker till varför medarbetare har slutat beskrivs vara pensionsavgångar men framför allt bero på en bristande arbetsmiljö, låga löner jämfört med andra arbetsgivare och dåliga utvecklingsmöjligheter.

Resurskrävande mötesformer

Remiss- och behandlingskonferenser förekommer en gång i veckan och behandlar aktuella patientfall. I remiss- och behandlingskonferenserna ska representanter från respektive yrkeskategori delta. Det beskrivs som att det är vanligt förekommande att flera medarbetare inom samma yrkeskategori deltar i konferenserna. I journalgranskningen framkom att exempelvis upp till fem behandlare inom två yrkeskategorier kan delta i en remisskonferens. Flera intervjuade uttrycker att det ur en kvalitetssynpunkt är viktigt att ansvariga behandlare kan diskutera patienters fall med kollegor för att säkerställa bedömning och behandling. Däremot upplevs det som ineffektivt att flera från varje yrkeskategori deltar.

Låg produktivitet

Enligt 2015 års Nysamdata³ så har BUP Dalarna lägst produktivitet avseende antalet prestationsbesök per årsarbetare i jämförelse med övriga landsting/regioner som ingår i genomförd benchmark. Fördelat på 42 fullproduktionsveckor per år blir det 7,6 besök per vecka och årsarbetare. Det motsvarar cirka 1,5 besök per dag. BUP:s ledning uppger att målet är att behandlare ska genomföra 12 besök per vecka. Benchmark tyder på att produktionsmålen inte uppnås.

Under 2015 hade BUP Dalarna flest antal arbetade timmar per prestationsbesök, i jämförelse med övriga landsting/regioner som deltar i Nysam. Det har även skett en ökning avseende antalet arbetade timmar per prestationsbesök sedan 2012. Vidare så hade BUP Dalarna under 2015 högst personalkostnad per besök i jämförelse med övriga landsting/regioner som ingår i Nysam.

³ Nysam är ett nätverk för nyckeltalssamverkan mellan landsting/regioner på nationell nivå. Se bilaga 2 för redogörande statistik från Nysam.

2.4. Iakttagelser: Utvecklingsarbete för att optimera BUP:s verksamhet

Från intervjuer med verksamhetsledning och medarbetare framkommer att BUP tillsammans med utvecklingsenheten i Landstinget Dalarna har pågående projekt för att genomföra ett antal organisationsförändringar. Syftet med kommande organisationsförändringar beskrivs vara att förbättra BUP:s patientflöden, arbetsmiljö samt ytterligare kvalitetssäkra patientrelaterade processer. I ”Struktur och förändringsplan 2016-2019 – Vägen till ett välvårdat Dalarna” påtalas att en landstingsövergripande översyn av nivåstrukturering och utbudspunkter bör ske. Detta ligger delvis till grund för BUP:s kommande organisationsförändringar. BUP har även ett pågående utvecklingsarbete tillsammans med utvecklingsenheten för att se över produktionsplanering. Vidare så ska metoder införas för att skapa mer enhetliga arbetssätt.

Verksamhetschefen redogör för att befintliga utbudspunkter troligtvis kommer att behållas men en omfördelning av resurser och utbud kommer att genomföras. Det är ännu inte fastställt exakt hur omfördelningen kommer att se ut. För nuvarande pågår en pilot som inbegriper öppenvårdsmottagningarna i Borlänge och Ludvika. Nybesök ska ske i Borlänge och behandlingsansvaret ska flyttas över till Ludvika. Syftet med uppdelningen mellan nybesök och behandling är att medarbetarna på de båda mottagningarna ska kunna arbeta fokuserat med ett område och inte behöva genomföra alla delar i patientflödet.

För att frigöra tid till främst fler patientbesök pågår planering för en ny struktur för genomförande av remisskonferens. Enligt pågående planering kommer centrala remisskonferenser att införas. Samtliga remisser som har inkommit till BUP kommer att behandlas under de centrala remisskonferenserna. Som beskrivits ovan genomförs idag remisskonferenser på alla av BUP:s öppenvårdsmottagningar. Flera behandlare inom samma yrkeskategori deltar vilket är mycket resurskrävande. Enligt förslaget om centrala remisskonferenser kommer endast behandlare från tre öppenvårdsmottagningar att delta. Deltagare kommer att utgöras av två avdelningschefer, en läkare, en psykolog och två sjuksköterskor. Resursåtgången är i detta fall avsevärt mindre än idag.

2.5. Iakttagelser: Kösituationen för neuropsykiatrisk utredning

Omorganisation och väntetider

Enheten för neuropsykiatrisk utredning (NPU) var den utredningsenhet som genomförde samtliga utredningar inom BUP. Efter granskningen 2012 genomfördes en omorganisation och utredningsuppdraget lyftes in i BUP:s uppdrag. Inför omorganisationen hyrdes sex konsulter in för att stötta NPU i att eliminera köerna för att sedan omfördela utredningsansvaret till BUP:s öppenvårdsmottagningar och en ny del av verksamheten; Kunskapscentrum för neuropsykiatrisk utredning (KCNP)⁴.

⁴ KCNP genomför avancerade neuropsykiatriska utredningar som kräver mer än de resurser som finns på öppenvårdsmottagningarna.

Syftet med omfördelningen av utredningsuppdraget var främst att patienterna skulle få utredning och behandling på samma plats. År 2012 hade NPU 230 patienter på väntelista till neuropsykiatrisk utredning. Det uppgavs då att cirka 100-120 utredningar genomfördes per år. I befintliga verksamhetsstatistiksystem är det inte möjligt att knyta specifik diagnos till väntelistor, varför det inte går att redovisa hur befintliga väntelistor för patienter inom neuropsykiatriska diagnoser ser ut. Det går därmed inte att göra en exakt jämförelse med 2012. Verksamhetschef och medarbetare beskriver köerna som generellt lika långa eller längre idag. Det påtalas också att det har skett ett ökat inflödet av patienter aktuella för neuropsykiatriska utredningar under de senaste åren. Verksamhetsstatistiksystemet visar däremot att 228 patienter har utretts för neuropsykiatriska diagnoser under perioden januari – augusti 2016. Det innebär en ökning sedan 2012. Verksamhetschefen redogör för att utredningar köps in av externa företag vilket har bidragit till ett ökat antal genomförde utredningar. Samtidigt påtalas att köpta utredningar är betydligt mindre kostnadseffektiva.

Majoriteten av patienterna har en påbörjad utredning efter mer än 90 dagar. Detta gäller även för påbörjad behandling. I intervjuer och fokusgrupp beskrivs både utredning och behandling som flaskhalsar i de neuropsykiatriska patientflödena där väntetiderna kan sträcka sig över ett år. Detta bekräftas av journalgranskningen. Väntetider till medicinsk behandling är ofta kortare medan väntetider till exempelvis föräldrabehandling är cirka ett år. Långa väntetider beskrivs kunna ha en negativ påverkan på patienterna. Neuropsykiatriska diagnoser omfattas ofta av exempelvis koncentrationssvårigheter vilket kan inverka negativt både på inlärning och beteendemönster. Dessa barn möts oftast av en okunskap om utåtagerande beteende från exempelvis skola, familj och andra barn som kan resultera i till exempel lågt självförtroende. Långa väntetider till behandling kan leda till en negativ utveckling inom dessa områden.

Prioritering mellan svåra och mindre svåra fall

Enligt BUP:s vårdprogram för barn och unga med ADHD och autism ska prioritering av patienter ske enligt två prioriteringsområden. Prioriteringsområde 1 avser små barn under 6 år, tillbakagång i utvecklingen, långvarig skolfrånvaro, ”hemmasittare”, allvarligt utagerande beteende, allvarligt psykiskt mående och långvarig BUP-kontakt. Prioriteringsområde 2 avser övriga barn med misstänkta utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar. Intervjuade bekräftar denna prioriteringsordning men påtalar också att alla patienter som är i behov av BUP:s resurser är prioriterade och att prioritering sker enligt inkommande remiss. Journalgranskningen visar att en bedömning av bland annat suicidrisk har genomförts i samtliga fall.

BILAGA 1: Revisionsfrågor, revisionskriterier, metod etc.

1.2. Revisionsfrågor

Följande frågor har ingått i granskningen:

1. Har de brister etc som påtalades i revisorernas granskning år 2012 åtgärdats?
2. Har verksamhetsledning/hälso- och sjukvårdsledningen kontroll på väntetider, patientflöden, ledtider etc och används ändamålsenliga system för detta?
3. Uppnås målet om väntetider till nybesök för patienter och understödjer arbetsorganisation samt använda rutiner/processer etc att diagnos kan ställas inom skälig tid?
4. Är patientflödena (ledtiderna) vid behandling av väsentliga inom BUP förekommande diagnosgrupper optimala och understödjer arbetsorganisationen samt använda rutiner/processer etc ett optimalt patientflöde (används till exempel tillgängliga personalresurser effektivt)?
5. Bedrivs, i förekommande fall, ett ändamålsenligt arbete med att optimera patientflöden (ledtider) och undanröja hinder för ett effektivt flöde (till exempel bristande geografisk samordning, oklara vårdplaner, svårighet att avsluta patienter, åtgärdande av ”flaskhalsar” etc)?
6. Ges BUP, genom styrelsens styrning och ledning, de förutsättningar som krävs för att uppnå fullmäktiges målsättningar?
 - Sker utvecklingsarbete för att komma till rätta med eventuella väntetider?
 - Är BUP:s uppdrag tydligt?
 - Är gränssnittet mellan BUP och viktiga samarbetsparter tydligt, särskilt gentemot primärvården?
 - Träffar en tillräckligt stor andel av patienterna läkare?
 - Hur hanteras avvikelser? Används dessa till att förbättra patientflödet?
 - Patienter aktuella för neuropsykiatrisk utredning (framför allt patienter med misstänkt ADHD och/eller autismspektrumtillstånd), där väntetiderna vid den senaste revisionen 2012 var mycket långa, kommer att granskas särskilt. Detta för att ytterligare belysa ledtidernas påverkan på patienter och verksamhet.

Följdfrågor kring denna patientgrupp:

 - Hur ser väntetiderna ut idag, till utredning respektive behandling?
 - Vilka blir konsekvenserna för patienterna av dessa väntetider?
 - Hur påverkar dessa väntetider användningen av personalresurserna?
 - Vilka eventuella ”flaskhalsar” finns i systemet?
 - Hur sker prioritering mellan svåra och mindre svåra fall?
 - Följs nationella, regionala och lokala vårdprogram och riktlinjer i arbetet med dessa patienter?

1.3 Revisionskriterier

Revisionskriterierna i detta uppdrag är bland annat:

- Hälsa- och sjukvårdslag, 1982:763
- Patientsäkerhetslag, 2010:659
- Struktur- och förändringsplanen 2016-2019 Vägen till ett välvårdat Dalarna, samt övriga relevanta budgetdokument och liknande
- BUP Dalarnas samlade uppdrag, riktlinjer och måldokument
- Nationella, regionala och lokala vårdprogram och riktlinjer för arbetssätt, ledtider, kvalitet m m, för aktuella diagnoser (till exempel ADHD, autismspektrumtillstånd)
- Socialstyrelsens rapporter och rekommendationer inom relevanta områden
- Nysams nyckeltal
- SKL:s väntetider i vården

I övrigt följer Helseplan SKYREV:s riktlinjer för god redovisningssed.

1.4 Metod

Dokumentgranskning, insamling av statistik, benchmark

Helseplan har tagit del av relevanta mål- och styrdokument, som exempelvis dokument som styr och reglerar arbetssätt och patientflöden inom BUP. Samverkansavtal och övriga riktlinjer för samverkan med samarbetsparter har granskats, med särskilt fokus på gränsdragning mellan huvudmän och vårdnivåer.

Verksamhetsstatistik har tagits fram för att ytterligare bidra till att ge en helhetsbild av hur effektivt och ändamålsenligt patientflödet är samt hur effektivt befintliga personalresurser används. Helseplan har utifrån Nysamdata genomfört en benchmark gentemot andra landsting, vilket har gett en fördjupad förståelse för de data som tagits fram. Även data över hur utvecklingen har sett ut sedan granskningen 2012 har analyserats.

Fokusgrupp

Som beskrivs under punkt 2.1 i rapporten kännetecknas BUP Dalarnas verksamhet i stor utsträckning av samarbete mellan yrkeskategorier. För att få en helhetsbild av patientens väg genom BUP har Helseplan hållit en fokusgrupp. Totalt 16 representanter från samtliga BUP:s verksamheter fördelade över respektive yrkeskategori som är involverade i patientflödet deltog. Fokusgruppen genomfördes i ett tidigt skede av granskningsarbetet och gav på så sätt en god första helhetsbild av patientflödet och dess utmaningar.

Journalgranskning

Helseplan har genomfört en journalgranskning av 15 patientjournaler. Samtliga patienter har genomgått neuropsykiatrisk utredning och fått diagnosen ADHD och/eller autismspektrumstörning. Detta för att öka förståelsen för patientens väg genom BUP, orsaker till långa ledtider samt hur samarbete sker mellan yrkeskategorier och med externa samarbetsparter. Urvalet av patienter har varit jämnt fördelat över de olika öppenvårdsmottagningarna inom BUP Dalarna samt jämnt fördelat över patienter aktuella för neuropsykiatrisk diagnos.

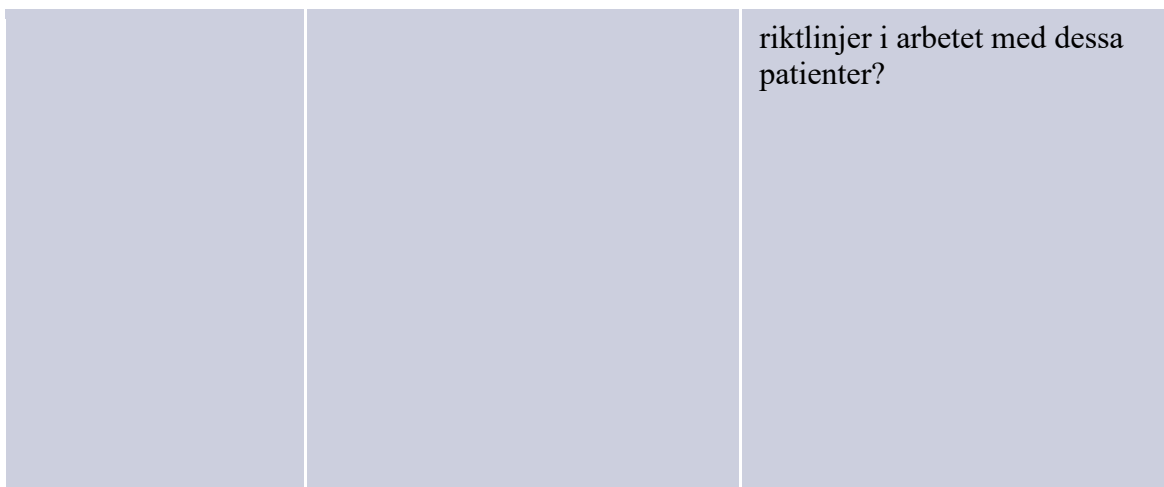
Intervjuer

Sammanlagt 21 semistrukturerade intervjuer har genomförts utifrån granskningens syfte. Intervjupersoner har bestått av företrädare från ledningsnivå, öppen- och slutenvården inom BUP samt primärvården. De intervjuade har bidragit med olika perspektiv inom relevanta områden, såsom patientflöde, ledtider, resursanvändning och/eller utvecklingsarbete.

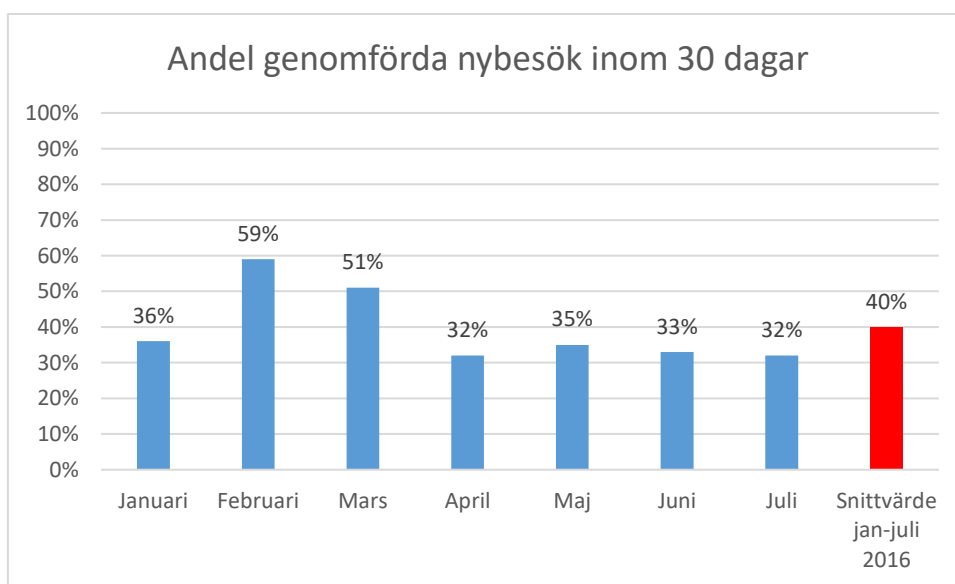
1.5 Disposition

Avsnitt	Huvudfrågor	Tilläggsfrågor
2.1–2.10	1. ”Har de brister etc. som påtalades i revisorernas granskning år 2012 åtgärdats?”	
2.1–2.2: Kontroll på väntetider, patientflöden och ledtider	2. ”Har verksamhetsledning/hälso- och sjukvårdsledningen kontroll på väntetider, patientflöden, ledtider etc. och används ändamålsenliga system för detta?”	- Hur hanteras avvikelser? - Används dessa till att förbättra patientflödet?
2.3–2.4: BUP:s förutsättningar utifrån styrelsens styrning och ledning	6. ”Ges BUP, genom styrelsens styrning och ledning, de förutsättningar som krävs för att uppnå fullmäktiges målsättningar?”	- Är BUP:s uppdrag tydligt? - Är gränssnittet mellan BUP och viktiga samarbetsparter tydligt, särskilt gentemot primärvården?

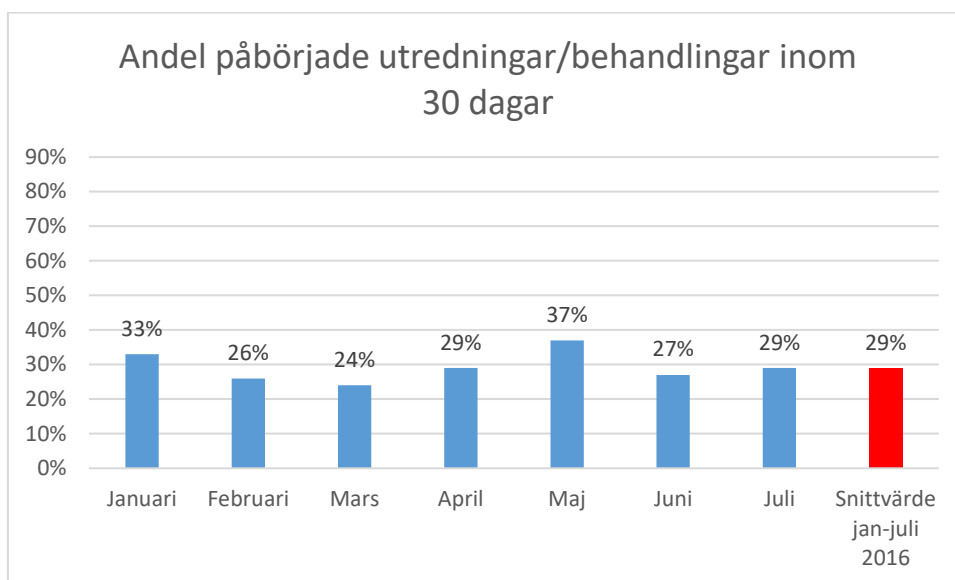
<p>2.5–2.6: Väntetider, patientflöden och arbetsorganisation</p>	<p>3. ”Uppnås målet om väntetider till nybesök för patienter och understödjer arbetsorganisation samt använda rutiner/processer etc. att diagnos kan ställas inom skälig tid?”</p> <p>4. ”Är patientflödena (ledtiderna) vid behandling av väsentliga inom BUP förekommande diagnosgrupper optimala och understödjer arbetsorganisationen samt använda rutiner/processer etc ett optimalt patientflöde (används till exempel tillgängliga personalresurser effektivt)?”</p>	<p>- Träffar en tillräckligt stor andel av patienterna läkare?</p>
<p>2.7–2.8: Utvecklingsarbete för att optimera BUP:s verksamhet</p>	<p>5. Bedrivs, i förekommande fall, ett ändamålsenligt arbete med att optimera patientflöden (ledtider) och undanröja hinder för ett effektivt flöde (till exempel bristande geografisk samordning, oklara vårdplaner, svårighet att avsluta patienter, åtgärdande av ”flaskhalsar” etc)?</p>	<p>- Sker utvecklingsarbete för att komma till rätta med eventuella väntetider?</p>
<p>2.9–2.10: Neuropsykiatrisk utredning</p>	<p>Patienter aktuella för neuropsykiatrisk utredning (framför allt patienter med misstänkt ADHD och/eller autismspektrumtillstånd), där väntetiderna vid den senaste revisionen 2012 var mycket långa, kommer att granskas särskilt. Detta för att ytterligare belysa ledtidernas påverkan på patienter och verksamhet.</p>	<p>- Hur ser väntetiderna ut idag, till utredning respektive behandling?</p> <p>- Vilka blir konsekvenserna för patienterna av dessa väntetider?</p> <p>- Hur påverkar dessa väntetider användningen av personalresurserna?</p> <p>- Vilka eventuella ”flaskhalsar” finns i systemet?</p> <p>- Hur sker prioritering mellan svåra och mindre svåra fall?</p> <p>- Följs nationella, regionala och lokala vårdprogram och</p>



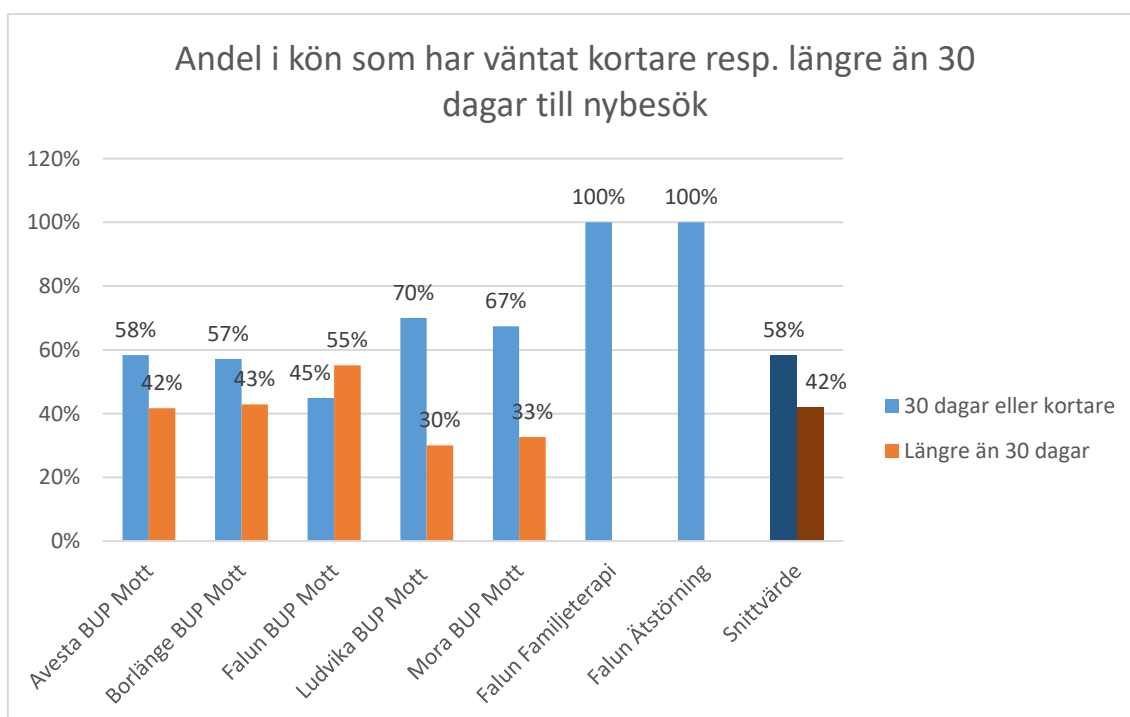
BILAGA 2: Grafer som redovisar tillgänglighet och produktivitet



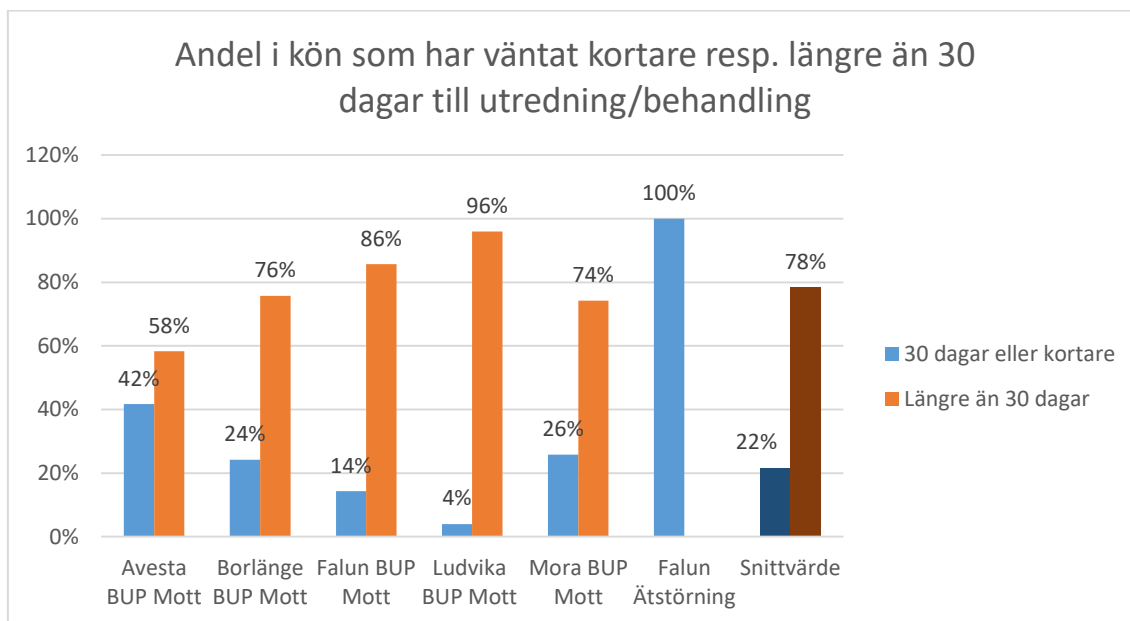
Källa: SKL:s väntetider i vården. Länk till webbplats: www.vantetiderivarden.se



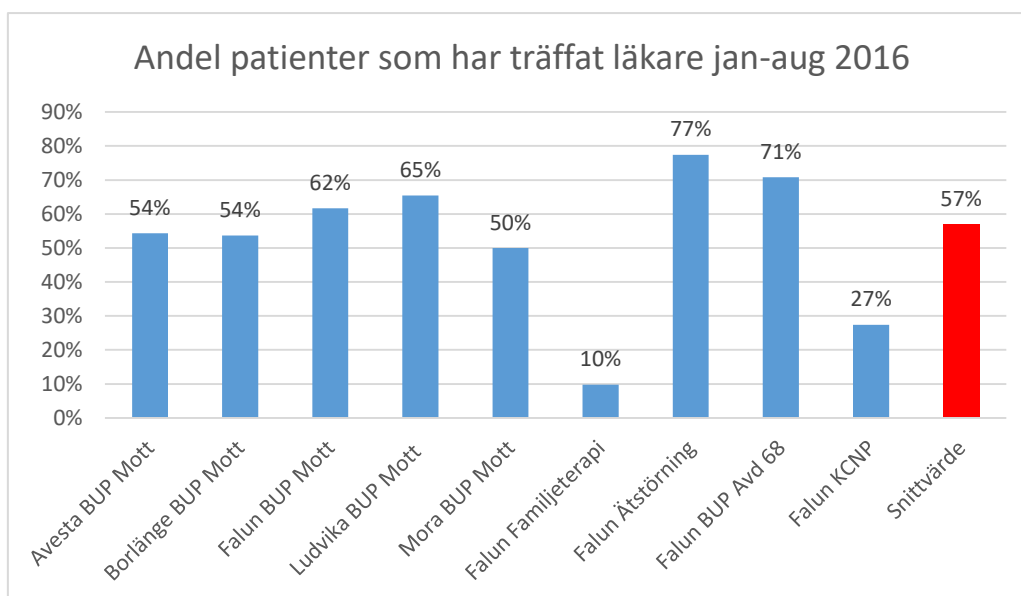
Källa: SKL:s väntetider i vården. Länk till webbplats: www.vantetiderivarden.se



Källa: Verksamhetsstatistik från Landstinget Dalarna



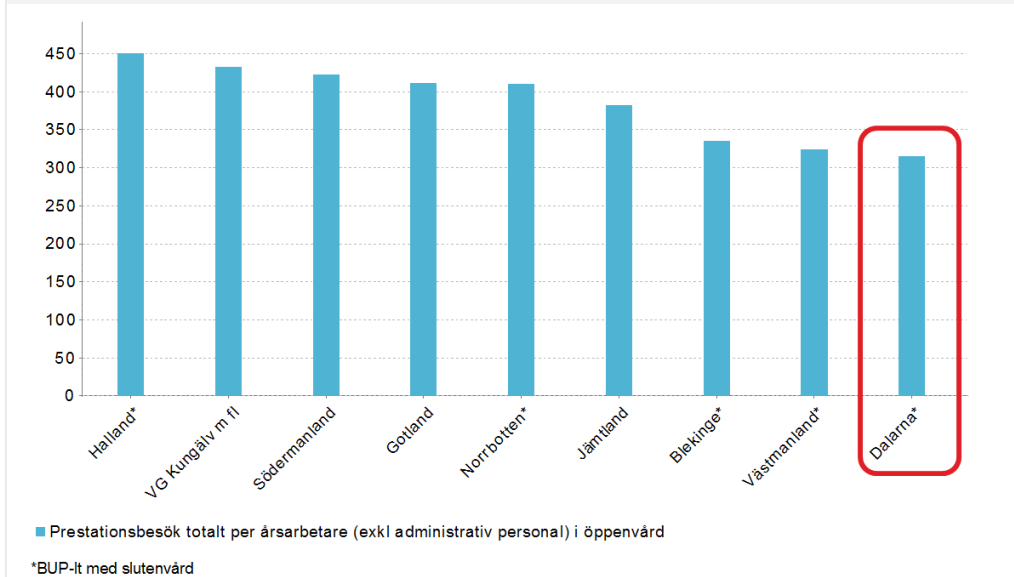
Källa: Verksamhetsstatistik från Landstinget Dalarna



Källa: Verksamhetsstatistik från Landstinget Dalarna

Nyckeltal 2015 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå

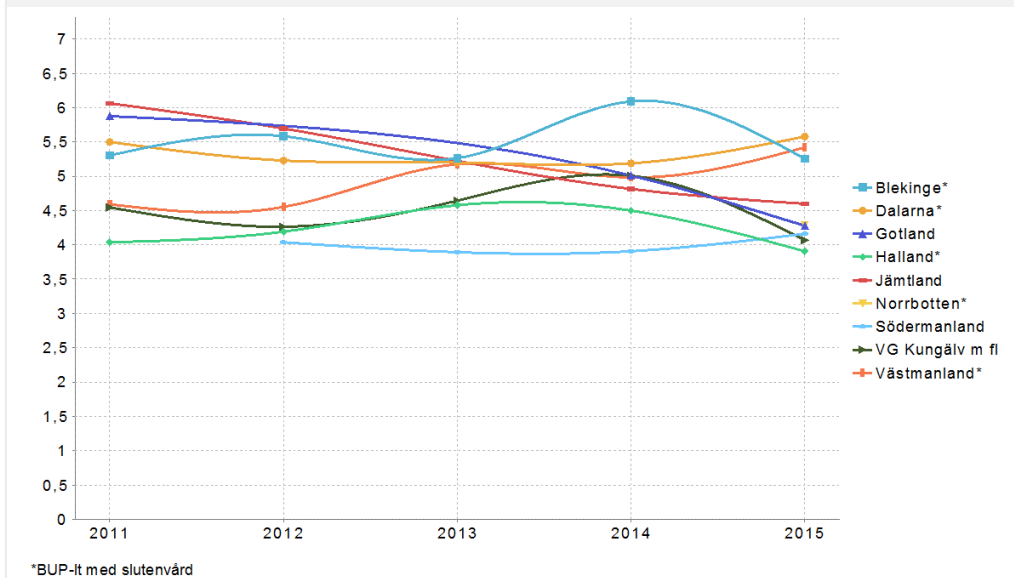
Antal prestationsbesök per årsarbetare (exkl administrativ personal) i öppenvården



Källa: Nysamrapport inom barn- och ungdomspsykiatri från 2016

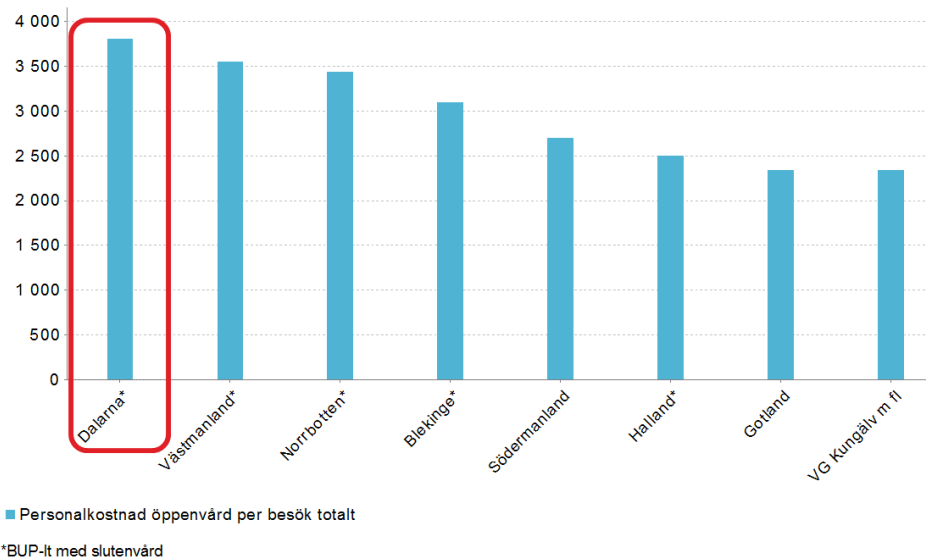
Nyckeltal 2015 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå

Arbetade timmar per prestationsbesök inklusive dagsjukvård i öppenvården (exkl chefer och sekreterare)



Källa: Nysamrapport inom barn- och ungdomspsykiatri från 2016

Nyckeltal 2015 - Barn- och ungdomspsykiatri länsnivå
Personalkostnad per besök



Källa: Nysamrapport inom barn- och ungdomspsykiatri från 2016