

Granskning av en patientgrupp i kläm

Landstinget Dalarna

Bo Lindblom och Bo Anderson

Stockholm den 13 februari 2017

Innehåll

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Sammanfattning | 3 |
| 2 | Uppdraget | 5 |
| 2.1 | Bakgrund | 5 |
| 2.2 | Syfte, revisionsfrågor | 5 |
| 2.3 | Avgränsning | 5 |
| 3 | Genomförande | 6 |
| 3.1 | Revisionskriterier | 6 |
| 3.2 | Projektorganisation och jävsprövning | 6 |
| 3.3 | Metod och angreppssätt | 7 |
| 4 | Iakttagelser | 8 |
| 4.1 | Demografi och andra bakgrundsfakta | 8 |
| 4.2 | Styrdokument | 8 |
| 4.3 | Intervjuer | 14 |
| 4.4 | Indikatorer för god vård | 18 |
| 5 | Analys och slutsatser | 20 |
| 5.1 | Modell för analys | 20 |
| 5.2 | Analys | 20 |
| 5.3 | Samlad bedömning och svar på revisionsfrågor | 22 |
| 6 | Rekommendationer | 24 |
| | Bilagor | 25 |
| | Bilaga 1. Granskade dokument inom landstinget | 25 |
| | Bilaga 2. Intervjuade och uppgiftslämnare | 25 |
| | Bilaga 3. Indikatorer för god vård | 26 |



1 Sammanfattning

Landstingsrevisorerna i Landstinget Dalarna har gett Kontigo AB uppdraget att granska på vilket sätt landstinget säkerställer en ändamålsenlig vård för individer med psykisk ohälsa i kombination med annan sjukdom, d.v.s. hur landstinget bl.a. genom samverkan mellan olika vårdaktörer säkerställer att dessa patienter får adekvat vård både för sin psykiska ohälsa och förekommande somatiska problem. Revisionen har avgränsats till att avse förhållanden under perioden 2015 - 2016.

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, semistrukturerade intervjuer samt analys av data från kvalitetsregister och andra databaser. Arbetet har inriktats på att analysera sambandet mellan aktuella styrsignaler, tillämpning i vården samt tillgängliga uppgifter om vårdens resultat.

Utifrån de olika underlagsmaterialen är det Kontigos samlade bedömning att landstingsstyrelsen i betydande grad - men inte fullt ut - säkerställt att patienter med psykisk ohälsa i kombination med annan sjukdom på ett ändamålsenligt sätt får adekvat vård både för sin psykiska ohälsa och förekommande somatiska problem.

De särskilda revisionsfrågorna i uppdraget samt våra bedömningar var följande:

- Har hälso- och sjukvården säkerställt att ansvaret för alla patienter i aktuell patientgrupp är tydligt och ändamålsenligt (mellan olika vårdenheter i landstingets organisation och med kommunerna)?

Vår bedömning: Genom de styrdokument (framförallt olika överenskommelser och vårdprogram) som landstinget beslutat om, anser vi att ansvarsfrågorna i huvudsak är klargjorda. I praktiken uppstår likväl problem i gränslinjen, både mellan öppenvårdspsykiatri och primärvården och mellan landstingets verksamheter (öppenvård och slutenvård) och kommunerna.

- Har hälso- och sjukvården ändamålsenliga rutiner och system som säkerställer samverkan dels internt inom landstingets hälso- och sjukvårdsorganisation, dels med länets kommuner kring vården av aktuell patientgrupp?

Vår bedömning: Samverkan inom landstingsorganisationen är välutvecklad på ledningsnivå. Däremot saknas det i viss mån rutiner och system för ändamålsenlig samverkan på lokal nivå. Samverkan med kommunerna har utvecklats positivt under senare år, inte minst genom det gemensamma utvecklingsarbetet inom Region Dalarna. Överenskommelser för samverkan har utarbetats för de större patientkategorierna och ett fortsatt gemensamt arbete pågår i de s.k. regionala utvecklingsgrupperna. Däremot finns problem med oklart ansvar och brister i samordning i flera fall, vilket drabbar enskilda patienter.

- Har landstingets hälso- och sjukvård på övergripande nivå system och rutiner som säkerställer, följer upp, att aktuell patientgrupp inte hamnar i kläm mellan olika vårdenheter eller olika huvudmän?

Vår bedömning: Det finns inget övergripande system som säkerställer uppföljning av samsjuklighet hos enskilda patienter eller grupper av patienter. Det gemensamma journalsystemet (TakeCare) inom primärvård och sjukhusvård bidrar till att viktig information finns tillgänglig vid olika vårdenheter. Genom införandet av nationell patientöversikt (NPÖ) har kommunerna numera möjlighet att vid behov erhålla patientinformation från landstingsidan. Landstinget har inget heltäckande system för användande av vårdsamordnare. Det förekommer dock att samordningsansvarig person (eller grupp) utses i särskilt angelägna fall. Användningen av SIP har dock utvecklats i positiv riktning under senare år. Landstinget har ett avvikelssystem som ger möjlighet att rapportera incidenter och andra avvikelser men dessa ärenden har inte närmare analyserats inom ramen för denna granskning.

- Genomförs hälsokontroller (1-årskontroller) av de patienter som är intagna för psykiatrisk vård?



Vår bedömning: Denna typ av kontroller är aktuella endast för de med längre vårdtider och det gäller i praktiken endast patienter som vårdas inom rättspsykiatri. Inom denna vårdform finns det ändamålsenliga rutiner för genomförande av kontroll av somatisk hälsa minst en gång om året och dessa kontroller görs vanligen betydligt oftare än så.

Utifrån de samlade resultaten av denna granskning föreslår Kontigo att landstingsstyrelsen vidtar lämpliga åtgärder med följande inriktning och mål:

- Sträva efter en enhetlig utformning för samarbetsavtalen mellan landstingets vårdenheter och respektive kommun.
- Samla alla överenskommelser och samarbetsavtal mellan landstinget och kommunerna i en gemensam dokumentsamling, lämpligen inom ramen för samarbetet i Region Dalarna
- Synliggör dokumentsamlingen på Region Dalarnas hemsida och gör den lätt tillgänglig via länkning från respektive huvudmans hemsida.
- Sprid lättillgänglig information om bestämmelserna om ansvar, roller och samverkan till alla berörda medarbetare samt till patienter och närstående.
- Utveckla arbetsformerna kring lagstadgade samordnade individuella planer (SIP) och öka andelen patienter som blir föremål för SIP.
- Säkerställ att varje patient med psykisk sjukdom, särskilt de med långvarig psykisk ohälsa respektive funktionsnedsättning, har en särskilt samordningsansvarig person/vård- och stödsamordnare (i tillämpliga fall en fast vårdkontakt enligt HSL 29a§ eller ett vårdteam) som patienten och dennes närstående alltid kan kontakta med frågor och synpunkter. Skapa rutiner för att ersättare alltid utses vid en samordnares ledighet eller annan frånvaro.
- Förstärk samarbetet med brukar/patientföreträdare och utnyttja deras och närståendes insikter och erfarenheter, både i individuell vårdplanering och i utformningen av vården i övrigt.
- Inför en funktion i psykiatrijournalen som sammanfattar den viktigaste informationen om patientens somatiska hälsotillstånd utifrån dennes aktuella situation (ex vis blodtrycks kontroll, vikt, BMI, HbA1c)
- Stimulera utvecklingsarbete utifrån kvalitetsregisterdata med betoning på de stora sjukdomsgrupperna schizofreni och bipolär sjukdom.
- Medverka i nationellt utvecklingsarbete för att utveckla förbättrade indikatorer för somatisk hälsa hos patienter med psykisk sjukdom.



2 Uppdraget

2.1 Bakgrund

I "Revisionsplan 2016" har revisorerna i Landstinget Dalarna beskrivit 2016 års fördjupade granskningar. I en förstudie, som genomfördes 2015, beskrevs ett antal utmaningar som primärvården står inför. En av dessa utmaningar handlar om primärvården som samarbetspartner till specialistvården och kommunernas vård och omsorg. Det uppgavs finnas gränsdragningsproblem som ledde till osäkerhet om vilken aktör som har ansvar för patienten. Det finns även avsaknad av samverkan mellan flera parter, varigenom olika patientgrupper riskerar att "hamna i kläm". En sådan patientgrupp är individer med psykisk ohälsa i kombination med somatisk sjukdom. Revisorerna har därför beslutat att granska på vilket sätt landstinget säkerställer att denna grupp får adekvat vård. Patientgruppen kan vara aktuell inom flera olika verksamhetsgrenar inom hälso- och sjukvården. Patienten kan t ex vara inskriven/intagen för psykiatrisk vård men samtidigt lida av somatiska sjukdomar. Patienten kan också behandlas inom andra verksamhetsgrenar, t ex primärvård eller annan specialistvård men samtidigt ha behov av psykiatrisk vård. Även den vård och omsorg som bedrivs i kommunerna är av betydelse för patientgruppen.

2.2 Syfte, revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att ge bättre underlag för att kunna bedöma om landstingsstyrelsen på ett ändamålsenligt sätt säkerställer att patienter med psykisk ohälsa i kombination med annan sjukdom får adekvat vård både för sin psykiska ohälsa och förekommande somatiska problem.

Inom ramen för granskningens övergripande syfte ska följande frågeställningar besvaras:

- Har hälso- och sjukvården säkerställt att ansvaret för alla patienter i aktuell patientgrupp är tydligt och ändamålsenligt (mellan olika vårdenheter i landstingets organisation och med kommunerna)?
- Har hälso- och sjukvården ändamålsenliga rutiner och system som säkerställer samverkan dels internt inom landstingets hälso- och sjukvårdsorganisation, dels med länets kommuner kring vården av aktuell patientgrupp?
- Har landstingets hälso- och sjukvård på övergripande nivå system och rutiner som säkerställer, följer upp, att aktuell patientgrupp inte hamnar i kläm mellan olika vårdenheter eller olika huvudmän?
- Genomförs hälsokontroller (1-årskontroller) av de patienter som är intagna för psykiatrisk vård?
- Övriga frågeställningar som är relevanta för att uppnå granskningens syfte.

2.3 Avgränsning

Kontigo har i samråd med uppdragsgivaren valt att avgränsa granskningen till aktuella förhållanden och i första hand eftersökt uppgifter och data som avser år 2015 och 2016.



3 Genomförande

3.1 Revisionskriterier

Regler och intentioner uttryckta i följande dokument har utgjort revisionskriterier i denna granskning:

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763), HSL.
- Patientsäkerhetslag (2010:659).
- Patientlag (2014:821).
- Socialtjänstlag (2001:453), SoL.
- Lag (1993:387) om stöd och service till funktionshindrade (LSS).
- Lag (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).
- Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).
- Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).
- Nationella riktlinjer för missbruk och beroende. Socialstyrelsen 2007.
- Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Socialstyrelsen 2015.
- Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen 2011.
- Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen 2010.
- Nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (två delar). Socialstyrelsen 2011 och 2014.
- Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Socialstyrelsen 2013.
- Landstingets direktiv, strategidokument, vårdprogram, rutinbeskrivningar m.m. avseende patienter med psykisk ohälsa, som närmare beskrivs i avsnitt 4.2 och bilaga 1.

Vid granskning och bedömning har tillämpats lagar, föreskrifter och riktlinjer som gäller för aktuell period. I övrigt har arbetet bedrivits i enlighet med kommunallagen och SKYREV:s etiska regler, riktlinjer och vägledning vad gäller revisionsarbete, god sed etc. I granskningen har vi utgått ifrån hälso- och sjukvårdslagens mål om vård på lika villkor, dess bestämmelser som rör vårdens kvalitet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

3.2 Projektorganisation och jävsprövning

Granskningen har genomförts av Bo Anderson, uppdragsansvarig och certifierad kommunal revisor, samt Bo Lindblom, projektledare och medicinskt sakkunnig.

Särskild prövning av granskningsteamets oberoende har gjorts. Den visar att det inte finns omständigheter som kan rubba förtroendet för teamets opartiskhet och självständighet.



3.3 Metod och angreppssätt

Arbetet har fokuserat på förhållanden och uppgifter som avser perioden 1 januari 2015 fram till slutet av december 2016. I vissa fall, för att studera trender i utvecklingen, har jämförelser även gjorts med de närmaste föregående åren, d.v.s. 2014 och bakåt.

Granskningen har grundats dels på en kartläggning av roller och ansvarsförhållanden och genomgång av aktuella styrdokument, dels på granskning av rutiner, mål och praktisk tillämpning. Huvuddelen av granskningen genomfördes under perioden december 2016 – januari 2017.

3.3.1 Granskning av styrdokument

Inledningsvis kartlades och granskades gällande författningar, de nationella riktlinjerna inom området samt de styrdokument inom landstinget som reglerar denna vård. Fokus i granskningen låg på hur ansvar och roller samt samarbete och samordning beskrivs i dessa dokument.

3.3.2 Intervjuer

I ett andra steg genomfördes ett 25-tal intervjuer med företrädare för de berörda verksamheterna samt olika företrädare för patienter och deras närstående inom de aktuella grupperna. Dessutom inhämtades vissa uppgifter från personliga ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning.

3.3.3 Indikatorer för god vård

Ytterligare underlag har erhållits genom analyser av utvalda data från nationella register och annan relevant statistik. I fråga om medicinska utfallsmått har redogörelsen utgått från senast tillgängliga tidsperiod, som regel 2014. När det varit uppenbart befogat, exempelvis för att bedöma trender över tid, har tidsperspektivet vidgats till en längre tidsperiod.

3.3.4 Sammanställning och analys

De olika iakttagelserna sammanställdes i en matris, varefter mönster och samband analyserades i en modell med de tre komponenterna Styr signaler, Tillämpning och Resultat. Framgångsfaktorer och hinder identifierades och svar på övergripande och särskilda revisionsfrågor formulerades. Slutligen identifierades olika förändringsbehov, vilka uttrycktes i ett antal rekommendationer.

3.3.5 Rapportering

En kort avstämning med revisionschefen hölls i mitten av december 2016, då vissa preliminära resultat redovisades. En muntlig delrapportering till revisorerna gjordes i slutet av januari 2017 då samlade iakttagelser och preliminära bedömningar presenterades.

Samlade iakttagelser och gjorda bedömningar från de olika underlagen sammanställdes och presenterades i en preliminär rapportversion (kapitel 2–5 i denna rapport), som blev föremål för sakgranskning av de som intervjuats eller lämnat skriftliga underlag. Därefter färdigställdes föreliggande rapport, som inlämnades skriftligt och presenterades muntligt för revisorskollegiet 27 februari 2017.



4 Iakttagelser

4.1 Demografi och andra bakgrundsfakta

Dalarnas län hade 2015 en befolkning på ca 281 000 personer med en högre medelålder (43,6 år) än genomsnittslänet i Sverige (41,4 år) och uppvisar enligt SCB en svag befolkningstillväxt (cirka 0,7 procent per år). Befolkningsfördelningen är påfallande ojämn med den största koncentrationen i södra länsdelens kommuner.

Psykiska sjukdomar medför i många fall nedsatt funktionsförmåga och ligger bakom en mycket stor del av sjukskrivningarna i arbetsför ålder. Psykisk ohälsa bidrar till en minskad livslängd både genom sjukdomen i sig och genom att den är förenad med en ökad sjuklighet och dödlighet i somatiska (kroppsliga) sjukdomar¹. I den utvärdering som Socialstyrelsen gjorde 2013² framgår följande:

- Majoriteten av dödsfallen i denna grupp beror på fysiska sjukdomar, i synnerhet hjärt- och kärlsjukdom och sjukdom i andningsvägarna.
- Skillnader i förväntad livslängd är mer uttalad för män än för kvinnor.
- Män med psykiska störningar lever 20 år kortare, och kvinnorna 15 år kortare, än befolkningen i allmänhet.

Dessa siffror understryker de allvarliga konsekvenserna av bristerna i den somatiska vården för patienter med psykisk ohälsa.

4.2 Styrdokument

4.2.1 Författningar

Den grundläggande ansvarsfördelningen mellan landstingen och kommunerna anges i gällande lagstiftning. Hälsa- och sjukvårdens ansvar regleras i Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763). I ansvaret ingår att tillhandahålla medicinsk vård, behandling, rehabilitering och rehabilitering. I Socialtjänstlagen (2001:453) fastställs att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd till sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter till att leva ett självständigt liv. Kommunens ansvar för psykisk funktionsnedsättning regleras i SoL, LSS, LVU och LVM. Sedan 1 januari 2010 har landsting och kommun enligt 8a § Hälsa- och sjukvårdslagen och 5 kap 8a § Socialtjänstlagen skyldighet att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. En lagregel om samordnad individuell plan (ofta förkortad SIP) finns både i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen, och i 3 f § hälsa- och sjukvårdslagen. Det innebär att när någon behöver både hälsa- och sjukvård och stöd från socialtjänsten, ska landstinget och kommunen tillsammans upprätta en individuell plan. Denna bestämmelse har betydelse inom den psykiatriska vården och särskilt i fråga om patienter med behov av insatser från både sjukvården och socialtjänsten, exempelvis vid samtidigt missbruk. Insatser enligt SoL och LSS kan endast ges

¹ Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Socialstyrelsen 2011.

² Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Socialstyrelsen 2013.



efter ansökan från den enskilde eller ställföreträdande för honom. Handläggare fattar därefter, på uppdrag av socialnämnden, beslut om ansökan skall beviljas eller ej. Exempel på insatser som kan beviljas är kontaktperson, boendestöd, särskilt boende och dagverksamhet.

Patientlagen, som tillkom 2014, betonar vikten av att patienten får tillräcklig information om vården, har möjlighet till inflytande över val av vårdgivare och behandling samt möjlighet till delaktighet i vården.

Dessutom finns ett antal myndighetsföreskrifter som på ett eller annat sätt har relevans för den aktuella problematiken. En central författning är den s.k. kvalitetsföreskriften (SOSFS 2011:9) som innehåller grundläggande bestämmelser om skyldigheter i fråga om ledningssystem, förbättringsarbete, samverkan och egenkontroll.

4.2.2 Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen utger sedan ett antal år tillbaka nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvårdsområdet. I riktlinjerna anger Socialstyrelsen rekommendationer om screening, ett effektivt omhändertagande samt diagnostik och bedömning. Riktlinjerna innehåller också rekommendationer om olika behandlingar för barn och ungdomar respektive vuxna. Syftet med riktlinjerna är att främja ett vårdutbud som inkluderar flera effektiva behandlingsalternativ och som erbjuds på lika villkor över hela landet.

Inom psykiatri finns Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom, som utgavs 2010 och som nu undergår revidering, samt nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, som utkom i två delar 2011 och 2014. I riktlinjerna finns i några fall korta kommentarer om biverkningar av olika läkemedel (exempelvis viktuppgång) men inga samlade rekommendationer beträffande samtidig somatisk sjukdom. En ny version av riktlinjerna för depression och ångestsyndrom utkom 2016 och för närvarande pågår remissbehandling. Det kan noteras att riktlinjerna innehåller indikatorn *Somatisk undersökning vid diagnostisering* (gäller både vuxna och barn/unga) som ett sätt att följa upp psykiatrians ansvar för bedömning av patientens somatiska hälsa.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ger rekommendationer om hur sjukdom kan förebyggas. De levnadsvanor riktlinjerna tar upp är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor. Enligt WHO kan sunna levnadsvanor förebygga 80 procent av all kranskärslsjukdom och stroke, och 30 procent av all cancer. Hälsosamma levnadsvanor kan också förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2 – diabetes. Den som inte röker, äter hälsosamt, är måttligt fysiskt aktiv och har en måttlig konsumtion av alkohol lever i genomsnitt 14 år längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor. Det torde vara uppenbart att personer med psykisk ohälsa har betydligt större svårigheter än andra att upprätthålla hälsosamma levnadsvanor och det är välkänt att medverkan i olika screeningprogram är lägre än hos befolkningen som helhet. Personer med psykiska besvär och kognitiva svårigheter har en sämre följsamhet till läkemedelsbehandling.

Landstinget Dalarna medverkar i det gemensamma arbete kring kunskapsstyrning som Samverkansnämnden i Uppsala/Örebroregionen utvecklat. Se avsnitt 4.2.3!

4.2.3 Landstingsplan, politisk viljeinriktning m.m.

Landstingsfullmäktige beslutar varje år om landstingsplanen som är landstingets strategiska plan och politiska styrdokument. Enligt Landstingsplan 2016 ska *”det hälsofrämjande arbetet prioriteras och insatser ska riktas mot grupper med hög risk att insjukna eller återinsjukna”*. Vidare sägs att *”hälsan hos Dalarnas befolkning ska öka och ojämlikheten minska. I alla landstingets verksamheter ska det*



finnas ett tydligt individbaserat förhållningssätt. Patienter och närstående ska inkluderas och respekteras, samt ges utökad delaktighet". Dessa lofvärda ambitioner torde i hög grad avse den aktuella patientgruppen även om somatisk sjuklighet vid psykisk ohälsa inte specifikt omnämns.

Landstingsstyrelsen (LS) har beslutat om en politisk viljeinriktning för flera av de nationella riktlinjerna, utifrån rekommendationer framtagna av Samverkansnämnden i Uppsala-Örebroregionen. I Dalarna utformas särskilda *uppdagsbeskrivningar* för respektive område. I uppdagsbeskrivningen beträffande de nationella riktlinjerna för depression och ångest³ anges i sammanfattningen att berörda delar av organisationen bland annat ska:

- *vidareutveckla organiseringen av första linjens vård för vuxna med god tillgänglighet för en första bedömning och handläggning av vårdsökande med misstänkt depression eller ångest.*
- *vidareutveckla verksamheten så att adekvat kompetenssammansatt personal finns för målgruppen.*
- *vidareutveckla samverkan inom hälso- och sjukvården så att den stödjer principerna för stegvis vård.*
- *vidareutveckla samverkan mellan de olika sjukvårdshuvudmännen.*
- *tillse att KBT och IPT ingår i behandlingsarsenalen och kan erbjudas i erforderlig omfattning inom såväl primärvård som specialistpsykiatri.*
- *tillse att primärvården och den specialiserade psykiatrin i tillräcklig omfattning har utbildad personal i KBT och IPT.*
- *vidareutveckla organiseringen av första linjens vård för barn och unga med god tillgänglighet för en första bedömning och handläggning av vårdsökande med psykisk ohälsa samt misstänkt depression eller ångest.*

Uppdragsbeskrivningarna kan ses som en tydlig styrsignal från politisk nivå, som visar i vilken riktning verksamheterna ska utvecklas. Implicit i dessa signaler finns också politiska prioriteringar av både "vertikal" och "horisontell" karaktär. Vissa avsnitt i uppdagsbeskrivningarna synes dock beskriva redan rådande förhållanden, d.v.s. att dokumentet "slår in öppna dörrar".

4.2.4 Landstingets övriga styrdokument

4.2.4.1 Vuxna

Ansvarsfördelningen mellan primärvården och psykiatrin i Dalarna är fastställt av dåvarande ledningen för länssjukvården och närsjukvården i ett särskilt dokument: *Uppgiftsfördelning och samverkan mellan Primärvård och Psykiatri, LD08 /00390*. Enligt detta ska psykiatrin ha ett övergripande ansvar för patienter med allvarliga psykiatriska problem och primärvården för patienter med lätt och måttlig psykisk ohälsa. Ansvarsindelningen utgår både från art och grad av sjuklighet och innehåller också vilka faktorer som ska vara vägledande för att prioritera en patient till bedömning inom psykiatrin. Dokumentet är för närvarande föremål för omarbetning.

Samverkansöverenskommelser mellan primärvården och kommunerna beskrivs under avsnitt 4.2.5.

4.2.4.2 Missbrukarvård

Patienter inom missbrukarvård har ofta en kombination av psykisk och somatisk ohälsa.

Landstingets styrdokument gällande missbrukarvård beskrivs under Region Dalarna punkt 4.2.6.

³ Uppdragsbeskrivning för vård vid depression och ångestsyndrom, LD/11/0188.



En utredning har nyligen presenterat sitt förslag till framtida organisation av beroendevården i länet⁴. Utredningen föreslår en resursförstärkning av vården, förtydligade och delvis förändrade uppdrag för de olika verksamheterna samt skapande av ett "Beroendecentrum Dalarna". Av utredningstexten framgår bland annat följande:

"Vård och behandling för patienter med missbruk och beroende har ofta samsjuklighet med somatisk sjukdom och annan psykisk ohälsa, samt har stor risk för återinsjuknande i missbruk och beroende. Av dessa skäl är det viktigt att arbeta med personcentrerad vårdmodell, genomföra vårdplanering för samordning och överföring av vårdansvar, samt att fast vårdkontakt utses. Då socialtjänsten ofta är delaktig i behandlingen bör vårdplanering ske enligt rutiner för samordnad individuell plan (SIP)".

4.2.4.3 Barn och unga

År 2011 beslutade landstingsstyrelsen i Dalarna att landstinget ska utveckla en definierad första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa genom att vårdcentraler/familjecentraler och ungdomsmottagning har det primära ansvaret för barn och unga med psykisk ohälsa. Av beslutet framgår bland annat att primärvården har ansvar för att ge insatser till barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa medan BUP har ansvar för att ge insatser till barn och unga med medelsvår till allvarlig/svår psykisk ohälsa. Det betonas att gränserna inte är statiska och inte alltid enkla att dra. Barnets hela situation måste alltid beaktas och samarbete kan behövas. Beslutet anger att "det är viktigt att försöka förändra de faktorer i barnets liv som kan påverka hälsan. Detta innebär också att undvika sjukdomsförklaring av normalreaktioner på yttre händelser och kriser".

Ansvaret för patienten åligger den vårdnivå som beslutats ta hand om patienten. Om remiss har skrivits för att man bedömer att man inte klarar av patienten på primärvårdsnivå ska den specialiserade nivån göra bedömning av patienten vid ett patientbesök. Vid allvarlig problematik ska direktkontakt ske vid överremittering till BUP.

Det finns en rad övriga styrdokument gällande barn och unga:

- Riktlinjer för samordnad individuell plan – SIP.
- Länsövergripande överenskommelse om läkarundersökning för barn som placeras med stöd av SoL och LVU.
- Regional samverkansrutin vid familjehemsplacering.
- Länsövergripande överenskommelse om ansvarsfördelning om när kommunen beslutar om placering på hem för vård eller boende.
- Hjälpmedelsguide Dalarna.

Sammantaget bedömer vi att ansvar och roller är förhållandevis väl beskrivna i fråga om barn och unga. Se även avsnitt 4.2.6.2.

4.2.4.4 Vårdprogram och vårdrutiner

Vi konstaterar att det inom landstinget finns aktuella vårdprogram för psykos samt för depression. Dessa är tämligen omfattande och förefaller i stort ha ett adekvat innehåll. För ångesttillstånd saknas i nuläget vårdprogram men det finns långt framskridna planer på att ta fram ett sådant utifrån de nya nationella riktlinjerna för ångestsyndrom.

⁴ Riskbruk-, missbruk- och beroendevårdens utbud och organisation inom Landstinget Dalarna. Per Söderberg. Utredningsrapport oktober 2016.



4.2.4.5 Rättpsykiatri

Inom denna verksamhet finns en särskild rutin "Riktlinjer uppföljning av metabol påverkan", som beskriver vilka tester och prover som ska utföras minst en gång årligen på samtliga patienter. Hit hör bland annat vikt, midjemått, blodtryck, blodfetter, fastebloodsocker och EKG. Dessa data utgör en del av de uppgifter som verksamheten rapporterar i kvalitetsregistret RättpsyK, se avsnitt 4.4.3. Vid avvikande värden remitteras patienten till vårdcentral eller specialistklinik. I programmet ingår också strukturerad rådgivning kring livsstil, bland annat om fysisk aktivitet och kosthållning.

4.2.5 Avtal med länets kommuner

Landstinget har enligt hälso- och sjukvårdslagen och vissa andra författningar ansvaret för läkarinsatser på primärvårdsnivå vid särskilda boenden, korttidsplatser och LSS-boenden. I Dalarnas län finns överenskommelser om läkarmedverkan och annan samverkan mellan landstinget och länets samtliga kommuner. I dessa överenskommelser, som delvis har skiftande utformning, finns bestämmelser om bland annat ronder, tillgänglighet per telefon, individuella planer, dokumentation och uppföljning.

Exempel på beskrivning av insatserna:

"--- Vårdgivaren skall tillhandahålla en huvudansvarig läkare för patient i målgruppen. Vårdgivaren skall ha genomgång av aktuella patienters hälsotillstånd en gång per vecka. Vårdgivaren skall av patientsäkerhetsskäl sträva efter kontinuitet i läkarförsörjningen. Vårdgivaren skall tillgodose att det finns telefontid för läarkonsultation på dagtid alla vardagar. Kvällar, nätter och helgdagar ges konsultationsinsatsen via jourorganisationen. Vårdgivaren skall tillse att det finns utrymme för läkaren för oplanerade insatser. För samtliga inskrivna ska det finna en individuell vårdplan. Läkemedelsgenomgångar är en uppgift som kan ha avgörande betydelse för den äldres hälsa. Det åvilar ansvarig läkare att genomföra läkemedelsgenomgångar. ---"

Sedan 2013, då hemsjukvården genom en överenskommelse överfördes till kommunerna, gäller läkarinsatserna även i denna vårdform.

4.2.6 Överenskommelser inom Region Dalarna

Inom ramen för huvudmännens samarbete i Region Dalarna har ett flertal överenskommelser slutits under senare år. Dessa är utformade utifrån de olika patientgrupper som är föremål för samarbetet och är undertecknade av ordföranden i Valfärdsberedningen, som är det beslutande politiska organet inom detta samarbete. Vanligtvis är avtalen giltiga i tre år. De aktuella överenskommelserna beskrivs i det följande.

4.2.6.1 Vuxna/äldre med psykisk funktionsnedsättning

Syftet med denna överenskommelse, som gäller från 18 års ålder, uppges vara att: "klargöra huvudmännens specifika ansvarsområden och områden som förutsätter ett gemensamt ansvar för vård och stödinsatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. --- Kommunen och landstinget skall samarbeta och båda parter har brukaren/patienten och dennes behov i centrum. Båda parter skall också tillsammans samverka med brukaren/patienten och om möjligt dennes anhöriga i syfte för den enskildes bästa. Det övergripande målet uppges att genom samverkan skapa goda betingelser som stödjer individens återhämningsprocess och att tillsammans skapa förutsättningar så att människor med psykiska funktionsnedsättningar kan leva ett tryggt och meningsfullt liv".

I överenskommelsen sägs bland annat: "Landstinget skall utveckla och följa upp sin verksamhet utifrån de indikatorer som definierar god vård; att vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt ges inom rimlig tid. Landstinget ansvarar för att klargöra ansvarsområden och skapa samarbetsrutiner för samverkan inom landstinget".



4.2.6.2 Barn och unga

En särskild överenskommelse gäller beträffande insatser för barn och unga upp till 17 års ålder. I denna beskrivs arbetsmodeller, principerna för ansvar och samverkan och bland annat betydelsen av delaktighet. "Primärvården tillgodoser barns/ungdomars behov av rådgivning, bedömning/utredning, diagnostik, behandling, förebyggande och rehabiliterande åtgärder vid psykisk ohälsa på primärvårdsnivå. Barnhälsovården har huvudansvaret för barns hälsa tills elevhälsan tar vid då barnet börjar i förskoleklass". Det finns också en länsövergripande överenskommelse om läkarundersökning för barn som placeras med stöd av Socialtjänstlagen och Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. I dokumentet finns också information om avvikelserapportering och förfarande vid tvister. Som framgångsfaktorer för samverkan nämns bland annat "engagerad ledning på olika nivåer (politik och profession) som även tar ansvar för och skapar förutsättningar för samverkan och samarbete, tydliga uppdrag och roller med ömsesidig kunskap om och respekt för dessa och att samverkan/samarbetet byggs utifrån funktioner och inte personer samt att utvecklingsarbete, som rör gemensamma områden så långt som möjligt genomförs tillsammans eller i samråd".

4.2.6.3 Missbruk och beroende

De femton kommunerna i Dalarnas län bedriver tillsammans med landstinget ett långsiktigt utvecklingsarbete av missbruks- och beroendevården i länet. Ansvaret för utvecklingsfrågorna ligger i den Regionala utvecklingsgruppen för missbruk och beroende (RUG) där representanter från olika delar inom kommuner och landsting finns representerade. Det ska också skapas lokala styrgrupper och arbetsgrupper ute i länet som bland annat ska ta fram lokala överenskommelser utifrån regionalt beslutade riktlinjer och överenskommelser. Inom den regionala stödstrukturen drivs arbetet med att ta fram ett vårdprogram och en samarbetsöverenskommelse mellan kommuner och landsting. Arbetet med vårdprogram och samverkansöverenskommelse ska utgå från de Nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Det finns en länsövergripande överenskommelse om samverkan⁵ som beskriver landstingets respektive kommunens ansvarsområden samt de olika delarna i samverkansstrukturen. Det gemensamma ansvaret betonas, liksom vikten av brukar- och patientinflytande. Dokumentet innehåller också information och rekommendationer kring samsjuklighet, smittskydd och våld i nära relationer.

4.2.6.4 Övriga områden

Förutom ovannämnda områden finns utvecklingsarbete och styrdokument för hemsjukvård och e-hälsofrågor.

4.2.7 Kommentarer om styrdokument

Sammantaget kan sägas att landstinget har ett stort antal styrdokument som beskriver både övergripande inriktning, roller, ansvarsgränser samt samverkan vid handläggning av personer med olika psykiska besvär. Dessa styrdokument täcker en stor del av verksamhetens processer och bidrar till att skapa ett samlat ramverk kring ansvar och roller men de är otydliga på vissa punkter. Landstingsplanens övergripande mål och principer har i vissa fall inte fått önskvärt genomslag i den direkta styrningen längre ut i organisationen.

⁵ Länsövergripande överenskommelse om samverkan inom missbruks- och beroendevården, RD 2015/181.



Enskilda beslutsstöd förefaller att fungera tämligen väl även om vissa dokument är i behov av uppdatering/översyn. Det finns ett flertal rutiner och vårdprogram beträffande handläggning av psykiatrins olika patientgrupper och i flera fall finns lokala rutiner på basen av de centrala. Däremot finns förhållandevis lite av explicita beskrivningar av rutiner beträffande hanteringen av samtidig somatisk sjukdom/ohälsa hos dessa patienter. Ett undantag är dock rättspsykiatri, som har särskilda rutiner kring regelbundna kontroller av somatisk hälsa med olika försök till livsstilspåverkan.

Styrdokumenterna är spridda på olika ställen och det är svårt att få en överblick över de gällande regelverken vare sig man är verksam i landstinget eller är patient/patientföreträdare. Det finns dock en bra informationsbroschyr för patienter/klienter om SIP och om vård- och stödsamordnare (case manager) på Region Dalarnas webbplats.

Överenskommelserna inom Region Dalarna bedömer vi föredömligt genomarbetade med tydlig beskrivning av gällande lagstiftning och andra bestämmelser, rådande ansvarsfördelning och samverkansformer mellan landsting och kommun. I vissa fall framgår det dock inte vilka dokument som utgör beslutade och fortsatt gällande regler respektive inaktuella beslut samt de olika dokumentens status i förhållande till andra typer av styrdokument.

4.3 Intervjuer

Inom ramen för denna granskning gjordes cirka 25 intervjuer med företrädare för primärvården, psykiatri, socialtjänsten i sex av länets kommuner samt med ett antal representanter för de patientorganisationer som arbetar med dessa frågor. Intervjuerna genomfördes i semistrukturerad form och utgick från revisionsfrågorna (med vissa fördjupningar och följdfrågor till lämnade svar).

En förteckning över intervjuade och övriga uppgiftslämnare återfinns i bilaga 2. I det följande beskrivs översiktligt de synpunkter som framförts av respektive part.

4.3.1 Primärvård

Från vårdcentralernas horisont ser man tydligt att psykisk ohälsa utgör en mycket stor andel av sjukskrivningarna i länet och i många fall finns samsjuklighet. Idag finns en betydligt större uppmärksamhet på psykisk ohälsa och primärvården har en mer framträdande roll i behandlingen. Inom ramen för rehabiliteringsgarantin erbjuds en stor andel av patienterna KBT och/eller s.k. brief intervention⁶. En allmän uppfattning synes vara att samverkan kring mellan psykiatri och somatik fungerar bättre i fråga barn och unga än beträffande vuxna. Generellt fungerar somatisk vård och behandling bättre för sjukdomsgrupper där det finns särskilda specialistsjuksköterskor, som vid diabetes, astma/KOL och hypertoni.

De grupper som riskerar att hamna i kläm är, enligt primärvårdens företrädare, personer med psykisk ohälsa som ej får tillräcklig vård för sin somatiska sjukdom samt sjukskrivna personer med stora rehabiliteringsbehov. Det gäller också unga vuxna som är i behov av fortsatt habilitering men som inte erbjuds sådan efter att de fyllt 18 år och lämnat barnhabiliteringen. Andra respondenter betonar vikten av att arbeta sjukdomsförebyggande och med tidiga insatser inom alla områden, exempelvis barnhälsovård och mödrahälsovård, för att upptäcka mindre välfungerande familjer och

⁶ Brief intervention: snabbt tillgänglig korttidsterapi med korta terapiesessioner för att höja funktionsförmåga och förbättra livskvalitet, ofta kombinerat med att patienten får hemuppgifter och självhjälp-material.



enskilda individer, framför allt i utsatta socioekonomiska miljöer. Samtidigt framhålls betydelsen av delaktighet, egenvårdsinsatser och närståendes viktiga roll för att uppmuntra, påminna och ledsaga.

Rollfördelningen gentemot psykiatrin uppfattas av samtliga respondenter som rimlig även om vissa anser att psykiatrin på senare år tagit emot färre - och vill remittera ut fler - patienter under perioder när de själva har sämre bemanningssituation. Vissa tillfrågade anser att primärvården får ta hand om alltför svåra fall. Tidigare hölls regelbundna möten på chefsnivå mellan psykiatrin och primärvården men detta har numera upphört. Däremot förekommer det ofta att chefer träffas "över gränserna" inom ramen för olika utvecklingsprojekt. Enligt divisionschefen finns ett bra samarbete med divisionschef psykiatri, vilket underlättas av att de sitter i samma ledningsgrupp och har sina kontor i samma korridor.

Några citat från dessa intervjuer:

"Avtalen räcker men kan behöva uppgraderas".

"Psykiatrin borde göra mer för somatisk ohälsa – de har ju läkare som även borde kunna se det kroppsliga".

"Nu när primärvården skaffat KBT-resurs skyfflar psykiatrin över patienter dit".

"Problemet är att få dessa personer till vården, särskilt de som bor i eget boende".

De enskilda patienterna följs upp enligt respektive vårdprogram. Däremot finns ingen samlad uppföljning på gruppnivå av patienter med psykisk ohälsa i kombination somatisk sjukdom.

4.3.2 Psykiatri

Divisionschefen för psykiatrin beskriver ett välfungerande samarbete med divisionschefen för primärvården. De tillhör samma ledningsgrupp och samarbetar dagligen.

I intervjuerna med verksamhetschefer och andra företrädare för psykiatrin framkommer att det, till trots för de avtal om ansvarsfördelning som finns, föreligger ett antal problem gällande samordningen av vård för den aktuella patientkategorin. Även om ansvar och roller är förhållandevis tydliga "på papperet" (d.v.s. i styrdokument som avtal, vårdprogram och rutiner) uppkommer ofta tvister kring gränssfall, där respektive part vill skjuta över vårdansvaret - helt eller delvis - på den andra. Den psykiatriska vården är pressad av flera skäl: dels ökar andelen personer i befolkningen som söker för lindrig och måttlig psykisk ohälsa, dels har bemanningssituationen förvärrats under senare år i takt med pensionsavgångar.

Inom den psykiatriska slutenvården har det förekommit tvister med andra kliniker om var patienten lämpligen bör vårdas, exempelvis vårdades en patient med encefalit (hjärninflammation) inom kliniken trots att det inte var fråga om vare sig psykisk sjukdom eller psykiatrisk behandling. Det förekommer också att kommuner inte förmått "ta hem" patienter som är färdigbehandlade i den psykiatriska slutenvården. Den rådande situationen beskrivs som "ett tjuv- och rackarspel".

Vad gäller somatisk vård anser psykiatrin att primärvården har det huvudsakliga ansvaret för såväl sjukdomsförebyggande insatser som vård och behandling av manifesterade sjukdomstillstånd. Det finns ett styrdokument från 2007 som reglerar "vem som gör vad"⁷ men ibland uppstår problem eftersom gränserna upplevs som otydliga, exempelvis vid lindrigt missbruk.

⁷ Uppgiftsfördelning och samverkan mellan Primärvård och Psykiatri, LD08 /00390.



Några citat:

”Det allra minsta psykisk ohälsa leder till remiss till psykiatrin. Somatiken bör själva kunna klara många patienter, som endast är lite ledsna eller är rädda”.

”De små vårdcentralerna fungerar ofta bättre, de är vana att lösa problem”.

”Våra patienter har genomgående dåligt stöd från kommunerna, det saknas trygga boenden och sysselsättning. Många blir fysiskt och psykiskt passiva”.

”Ansvarsfördelningen är tydlig i lagen men det uppstår tolkningsproblem, när kostnader blir inblandade”.

Inom psykiatrin uppmärksammas somatisk sjuklighet i högre grad numera, bland annat läkemedelsbiverkningar och det metabola syndromet. Provtagning och olika undersökningar görs oftare än tidigare. För patienter med psykos, bipolär sjukdom eller neuropsykiatrisk diagnos finns särskilda rutiner för årliga kontroller med ett antal laboratorieprover. Om behov föreligger kan psykiatrin ta fram alla uppgifter om somatiska sjukdomar från patientens elektroniska journal.

Inom psykiatridivisionen förekommer verksamhetsuppföljning i form av kvalitetsbokslut, som innehåller en rad nyckeltal för vårdproduktion, sjukskrivning för personal m.m. men däremot ingen uppföljning av patienters somatiska hälsa på gruppnivå.

Rättsspsykiatriska enheten i Säter uppger att de kontrollerar och är noggranna med patienters somatiska hälsa men uppger samtidigt att de förebyggande insatserna kan förbättras. Vid akuta tillstånd av somatisk natur kan jourläkare bedöma och patienterna skickas till akutmottagningen endast vid mer allvarlig eller komplicerad somatisk sjukdom. Enheten deltar i kvalitetsregistret *RättsspsyK*, och där registreras bland annat BMI hos patienterna (Se avsnitt 4.4.3!).

4.3.3 Kommuner och Region Dalarna

De kommunala förvaltningarna anser att det är ganska tydligt vad som är att betrakta som sjukvård. Kommunernas MAS⁸ (och MAR⁹) uppges ha en viktig roll för att uppmärksamma såväl somatisk som psykisk ohälsa hos personer som är föremål för kommunal vård och omsorg. Beroende på arten och graden av besvär kontaktas primärvården eller i brådskande fall jourläkare. Det framförs att de flesta äldre inte söker för psykiska problem som ångslan och nedstämdhet. De beskriver istället olika kroppsliga besvär, som kan vara svårtolkade om personalen inte är lyhörd och har kunskap om detta förhållande.

SIP är ett viktigt instrument för att undvika att patienten hamnar i kläm. Antalet SIP ökar, vilket är i linje med landstingsplanen, men borde enligt samstämmiga uppgifter vara fler. Anhöriga har möjlighet att delta i SIP, men det är oklart i vilken grad de medverkar.

MAS gör uppföljning av psykisk och somatisk hälsa på individnivå men i mycket liten utsträckning på gruppnivå. Uppföljning sker även genom de avvikelsesystem som finns i kommuner respektive landsting.

För de aktuella patientgrupperna (psykisk ohälsa samt somatisk sjukdom) krävs kontakter med såväl psykiatrin som primärvården. Kommunerna upplever att det är problematiskt när primärvård och psykiatri finns på olika orter även om det geografiska avståndet är kort (exempelvis mellan Säter och Borlänge). Samverkan fungerar bättre när enheterna finns på samma vårdenheter eller åtminstone inom en och samma ort. Vissa kategorier av patienter, exempelvis allvarligt självskaade beteende, är

⁸ MAS: medicinskt ansvarig sjuksköterska, enligt 24 § HSL.

⁹ MAR: medicinskt ansvarig för rehabilitering, enligt 24 § HSL med övergångsbestämmelser från 2013.



svåra att hantera för socialtjänsten, som upplever att psykiatri i enskilda fall inte gett erforderligt stöd och vägledning för hur patienterna/klienterna ska hanteras. En annan problematik som försvårar samverkan är verksamheternas ekonomi: många personer är ”personalintensiva” och därmed kostsamma för alla parter. Det ökar risken för meningsskiljaktigheter mellan kommun och landsting om vem som ska ansvara för vården. Exempelvis kan landsting och kommun göra olika tolkningar om behovet av slutenvård: landstinget anser att kommunen kan vårda, men kommunen anser att de inte klarar det i det aktuella boendet. På chefsnivå har man diskuterat att skapa någon form av gemensam finansieringslösning (typ FINSAM¹⁰) för att minska dessa problem men ännu har inga beslut i den riktningen fattats.

Region Dalarna är ett kommunalförbund som har skapats för att stödja utveckling i länet genom samarbete mellan landstinget och de 15 kommunerna i länet. Det politiska organet, direktionen, bestämmer i kollektivfrågor och lämnar gemensamma rekommendationer i vårdfrågor. Överenskommelserna rörande vård och omsorg kan sedan beslutas av landstingsstyrelsen och berörd nämnd i respektive kommun.

Samverkansarbete inom Region Dalarna pågår kring patientgrupper som erhåller insatser från både landsting och kommun. Hit hör äldre, personer med missbruk och beroende samt vuxna respektive barn och unga med psykiska funktionshinder och/eller social problematik. Arbetet sker i de s.k. regionala utvecklingsgrupperna. För varje område har handlingsplaner tagits fram och i dessa ingår en lång rad utbildningar, inspirationsdagar, informationsinsatser och olika förbättringsprojekt. Bland aktiviteterna kan nämnas ett gemensamt projekt för att minska användningen av felaktiga/olämpliga läkemedel. Sådana läkemedel utgör en stor risk för allvarliga läkemedelsinteraktioner, som är en starkt bidragande orsak till att äldre akut skrivs in på sjukhus för biverkningar. En annan ambition är att arbeta för en undvikbar slutenvård och återinskrivningar inom 30 dagar genom bättre samverkan och samarbete mellan kommuner och landsting.

4.3.4 Patientföreträdare

Av fyra tillfrågade patientorganisationer har endast RSMH Dalarna medverkat. Dess företrädare anser att bristen på personal (både läkare och andra kategorier) är det största problemet för en välfungerande psykiatrisk vård. Bemanningsproblemen har i flera fall medfört stängda avdelningar och öppenvårdsenheter, vilket ökat avståndet mellan patienten och vården. RSMH betonar också betydelsen av kontinuitet i vårdkontakten och anser att telefonkontakt inte kan ersätta personliga besök. Deras uppfattning är att utsedda vårdkontakter inte alltid informerar sina patienter vid semester eller annan ledighet, vilket kan leda till betydande oro, tidsödande väntan på besked och även avsevärt fördröjd vård. Mot bakgrund av den ökade sjukligheten och dödligheten i somatisk sjukdom anser RSMH att vården bör göra mer ansträngningar i fråga om sjukdomsscreening (exempelvis mammografi och screening för aortaaneurysm) och andra hälsoundersökningar hos patienter med långvarig psykisk ohälsa. En trygg och bestående fast vårdkontakt är av stor betydelse även i detta avseende.

Ett skriftligt underlag med synpunkter och erfarenheter kring den aktuella problematiken erhöles från några av de Personliga Ombuden i norra Dalarna. Dessa synpunkter avsåg i första hand patienter med psykiska funktionshinder. Bland de upplevelser som de personliga ombuden rapporterat bör nämnas:

- Vissa patienter ”bollas” fram och tillbaka mellan psykiatri och primärvård (eller geriatriken alt. habiliteringen) utan att få hjälp.

¹⁰ FINSAM: finansiell samordning enligt Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.



- Många rapporterar om dåligt bemötande från vårdpersonalen.
- Patienter vägras ibland second opinion.
- Patienter med psykiatriska diagnoser blir inte trodda när de söker för somatisk sjukdom. I vissa fall uppges att detta fått allvarliga följder.
- Patienter med psykiatrisk diagnos misstänks oskäligt för att vara ute efter narkotiska preparat.
- Samverkan mellan vårdinstanser är många gånger bristfällig.

Den mest framträdande kritiken från de Personliga Ombuden är således att klienterna i många fall inte känner sig hörda och tagna på allvar. Det har inte varit möjligt att skatta hur vanligt detta är, d.v.s. i hur stor andel av vårdkontaktarna som brister av detta slag upplevs.

Nämnas bör även Dalarnas nätverk för psykisk hälsa, som är ett aktivt nätverk av intresseorganisationer för brukare och anhöriga (RSMH, IFS; SPES, Attention; ÅSS; OCD förbundet och Svenska kyrkan).

4.3.5 Ivo

Kontitgo har kontaktat IVO Avdelning Mitt för att få en bild av anmälningar och erfarenheter från myndighetens tillsyn inom Dalarnas län. IVO uppger att antalet Lex Maria-anmälningar och enskilda klagomål i länet ligger nära riksgenomsnittet och att inga mönster i fråga om klagomål eller brister inom psykiatri eller primärvården ”sticker ut”.

4.4 Indikatorer för god vård

För att belysa verksamheternas insatser ur ett kvalitetsperspektiv kan man utnyttja ett antal s.k. kvalitetsindikatorer. Ett stort problem inom detta område är att det i dag saknas datakällor, särskilt inom primärvården. Det kommer alltså att krävas en fortsatt utveckling på både lokal, regional och nationell nivå.

I denna granskning har vi valt att redovisa tre indikatorer. Utfallen för de valda indikatorerna, som tagits fram från officiella nationella register, är möjliga att följa på www.vardenisiffror.se.

4.4.1 Tillgänglighet till besök i allmän psykiatri

Tillgängligheten till besök inom psykiatrisk specialistvård i landstinget ligger stabilt över tid och i stort på samma nivå som de angränsande landstingen, d.v.s. mellan 85 och 100 procent. (bilaga 3). I de senaste mätningarna för 2016 låg andelen besök inom 90 dagar dock något lägre än 2014 – 15 och landstinget uppfyller ändå kraven i vårdgarantin.

4.4.2 Undvikbar somatisk slutenvård

Indikatorn undvikbar somatisk slutenvård ska belysa omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården. Tanken är att det går att minska inläggningar på sjukhus om patienter med dessa sjukdomstillstånd får ett bra omhändertagande i den öppna somatiska vården, bland annat genom en väl fungerande primärvård och förebyggande folkhälsoarbete. Ett sjunkande värde över tid är alltså önskvärt. Dalarna uppvisar en sjunkande frekvens mellan 2013 och 2014, vilket är positivt i detta sammanhang. Andelen undvikbara vårdtillfällen uppgick till omkring 2 procent. (bilaga 3).



4.4.3 Fysisk hälsa inom rättspsykiatrisk vård

Inom den rättspsykiatriska vården har patienterna vanligen fleråriga vårdtider med stora, rent fysiska, begränsningar. Därför får vården en annan utformning och innehåll jämfört med patientgrupperna i landstingets psykiatri i övrigt. Särskilda livsstilsprogram finns för att tillgodose fysisk aktivitet samt kostrådgivning och rökavvänjning. Ett sätt att följa upp patienternas situation är självskattning av fysisk hälsa. Utfallet tyder på att knappt hälften av patienterna upplever förbättring av den fysiska hälsan. I denna jämförelse ligger Dalarna nära riksgenomsnittet och uppvisar en nedåtgående trend under de senaste åren (bilaga 3).

4.4.4 Avslutande kommentar kring indikatorer

Generellt kan konstateras att Dalarnas resultat ligger tämligen stabilt över tid och påfallande nära riksgenomsnittet och kringliggande län i fråga om de aktuella indikatorerna. Även om vi använder resultat från dessa indikatorer är det viktigt att betona att uppgifterna inte alls är tillräckliga för att allsidigt beskriva, eller exakt jämföra, kvaliteten inom detta område. Men de kan likväl ge signaler på förhållanden som kan behöva uppmärksammas, förbättras eller utredas vidare.



5 Analys och slutsatser

5.1 Modell för analys

Under arbetet med att sammanställa och bedöma de olika underlagen har vi tillämpat följande tankemodell med komponenterna *styr signaler*, *tillämpning* och *resultat* (figur 1). I *styr signaler* ingår både bindande regler (främst författningar samt regionala och lokala beslut) och ”mjukare” styrning i form av riktlinjer, vägledningar och policys. Dessa styr signaler kan också betraktas som ”teori”.



Figur 1. Modell som använts vid analys av iakttagelser inom granskningen. Verksamheten påverkas av styr signaler, bland annat beslut från landstingsstyrelsen men också av s.k. kunskapsstyrning i form av nationella riktlinjer. Tillämpningen i verksamheten, d.v.s. praktiken, är direkt avgörande för vilka medicinska resultat som uppnås.

Tillämpning beskriver hur arbetsprocesserna bedöms fungera inom verksamheterna utifrån de olika intervjuunderlagen och kan sägas motsvara ”praktik”. Styr signalerna kan på en rad olika sätt påverka tillämpningen men en stor del av praktiken saknar specifik styrning från landstingets sida, vilket förklaras av att det inom sjukvården till stor del finns en etablerad praxis och rådande konsensus om hur vården ska bedrivas. Tillämpningen, d.v.s. praktiken, är avgörande för vad som uppnås.

Resultaten, d.v.s. utfallet av vården, kan beskrivas i olika dimensioner, bland annat tillgänglighet, medicinska resultat och kostnadseffektivitet.

5.2 Analys

5.2.1 Styr signaler

Vår granskning visar att de övergripande ambitioner som uttrycks av landstingsfullmäktige i landstingsplanen (jfr avsnitt 4.2.3) torde i vissa delar inte fått tydligt genomslag i styrningen längre ut i landstingsorganisationen.

Inom landstinget finns ett stort antal avtal och överenskommelser som reglerar ansvarsfördelningen mellan landstingets olika enheter och med kommunerna i länet. Det föreligger förhållandevis tydliga och till synes aktuella avtal och överenskommelser mellan psykiatri och allmänmedicin gällande fördelning av roller och ansvar. Det finns även tillgång till flera vårdprogram och ett antal rutiner som bidrar till adekvat handläggning av patienter med psykisk ohälsa. Däremot saknas ett styrdokument från fullmäktige eller landstingsstyrelsen som specifikt adresserar kombinerad psykisk och somatisk ohälsa och landstingets journalsystem erbjuder inte någon särskild modul som kan ge en lämplig översikt över vård och behandling av samsjuklighet av detta slag. Vissa av avtalen och vårdprogrammen är i behov av uppdatering eller komplettering för att kunna anses vara heltäckande. Dessutom saknas vårdprogram för ångesttillstånd.



Inom ramen för samarbete i Region Dalarna har ett antal överenskommelser om samverkan träffats mellan de deltagande parterna. Avtalen i fråga torde vara av fundamental betydelse för att tydliggöra roller och ansvar samt upprätthålla och utveckla ett välfungerande samarbete beträffande de patientgrupper som är aktuella i denna granskning.

Sammantaget konstaterar vi att det finns ett flertal styrdokument på olika nivåer i organisationen som ger vägledning i fråga om ansvarsfördelning och samverkan. Dessa styrdokument täcker en stor del av verksamhetens processer men är otydliga på vissa punkter och landstingets strategiska mål har inte fått önskvärt genomslag i den direkta styrningen. Antalet styrdokument torde tillräckligt men vissa behöver uppdateras och kompletteras i väsentliga delar. Dokumenten bör presenteras och kommuniceras bättre.

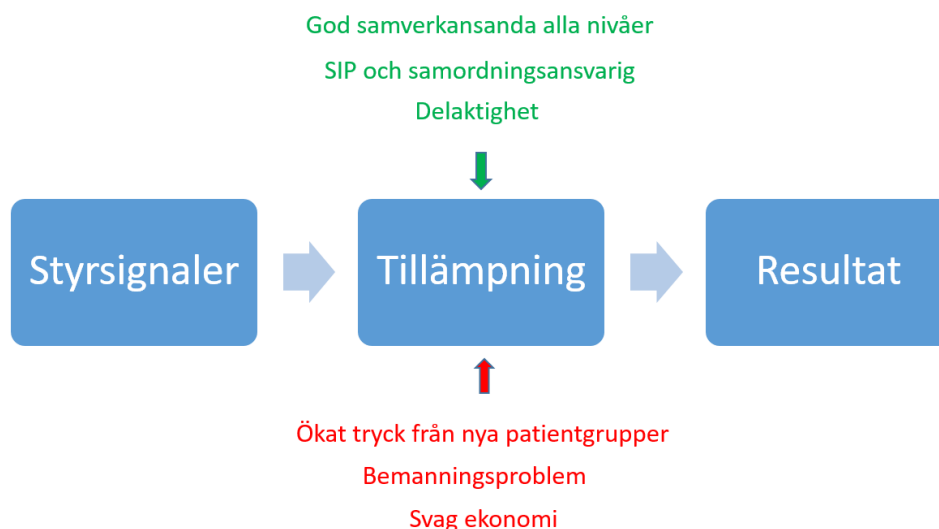
5.2.2 Tillämpning

Beträffande tillämpning i verksamhetens processer har vi konstaterat att rollfördelningen mellan psykiatrin och primärvården är förhållandevis tydlig även om det finns svårigheter kring hanteringen av vissa gränsfall. Enligt Patientlagen ska patienten ha möjlighet till inflytande över val av vårdgivare och behandling samt möjlighet till delaktighet i vården. Granskningen tyder på att patienters och närståendes medverkan och delaktighet hittills är förhållandevis svagt utvecklad i Landstinget Dalarna även om denna inriktning tydligt betonas i landstingsplanen. Från patientföreträdarna understryks betydelsen av gemensam vårdplanering med tydligt samordningsansvar (d.v.s. SIP). I detta avseende råder samstämmighet med verksamhetsföreträdarnas uppfattning att andelen patienter som blir föremål för SIP bör öka. Patientföreträdarna anser också att personer med någon form av psykiatrisk sjukhistoria inte sällan möts av misstro vid kontakter med den somatiska vården och att det även i övrigt finns brister i bemötandet.

Enligt vårt synsätt har tillämpningen, d.v.s. den rådande praktiken i verksamheten, den avgörande betydelsen för vilka resultat som uppnås. Förutom styrsignalerna påverkas tillämpningen av flera andra faktorer. Vi har identifierat ett antal positiva element, som kan kallas framgångsfaktorer. Samverkansandan i stort förefaller vara god, särskilt på högre nivåer i landsting och kommun, men kan utvecklas vidare. Samarbetet inom Region Dalarna bör framhållas som förebild. Användningen av SIP har ökat efter att det skrevs in i lagtexterna. I senare års nationella satsningar inom psykiatriområdet lyfts den enskildes delaktighet och anhörigas viktiga roll fram. Vi tror att det finns en outnyttjad potential i fråga om delaktighet, inte enbart beträffande patienten själv och närmast anhöriga utan även i fråga om övriga närstående (vänner, grannar, arbetskamrater etc.) och olika ideella organisationer.

Vilka är då hindren för en välfungerande praktik? Som nämnts ovan finns vissa brister i fråga om styrdokument. Detta är dock inte den viktigaste orsaken till problemen. I alla delar av organisationen finns goda intentioner och en stark gemensam värdegrund men verksamheterna är pressade av framför allt tre orsaker, som samtliga bidrar till påvisbara brister i vården - trots utfärdade styrdokument. Det handlar dels om ett ökat söktryck från nya patientgrupper som kräver utredning och/eller behandling. Det handlar också om huvudmännens pressade ekonomi. Vårdansvaret - och därmed kostnadsansvaret - för vården av en viss patient blir i vissa fall en dragkamp mellan landstinget och den aktuella kommunen. Personalsituationen som helhet, med ett flertal vakanser och behov av kompetenshöjning på flera håll, synes också utgöra ett stort hinder för att landstinget fullt ut ska kunna erbjuda god vård och omhändertagande av dessa patientgrupper (figur 2).





Figur 2. Framgångsfaktorer (grönt) och hinder (rött) för en välfungerande vård och omsorg för patienter med psykisk ohälsa och somatisk sjukdom.

Vår bedömning är att en förbättrad tillämpning, och därmed förbättrade resultat, kan uppnås om inverkan av de nämnda hindren kan reduceras samtidigt som framgångsfaktorerna ytterligare understödjs och vidareutvecklas.

5.2.3 Resultat

Som nämnts föreligger svårigheter att beskriva vårdens resultat inom detta område. Det förklaras delvis av brist på relevanta data men också på att endast ett fåtal mätetal ännu har utvecklats. I denna granskning har vi begränsat beskrivningen till det fåtal indikatorer som vi bedömer som relevanta och där det finns tillförlitliga jämförelsedata med andra landsting. Även om denna jämförelse visar att Landstinget Dalarna ligger nära riksgenomsnittet i dessa indikatorer finns det ett stort generellt behov av förbättrade förhållanden i fråga om somatisk hälsa hos personer med psykiska sjukdomstillstånd. Den ökade somatiska sjukligheten och starkt förkortade livslängden hos patientgruppen talar för att ytterligare ansträngningar är nödvändiga på olika nivåer i sjukvårdssystemet.

Det är mycket angeläget att indikatorer som belyser somatisk hälsa hos dessa patientgrupper kan utvecklas vidare, vilket bör ske genom samarbeten på nationell nivå.

5.3 Samlad bedömning och svar på revisionsfrågor

Utifrån de underlag vi tagit del av och ovanstående överväganden har vi kommit fram till att landstingsstyrelsen *i betydande grad men inte fullt ut* säkerställt att patienter med psykisk ohälsa i kombination med annan sjukdom får adekvat vård både för sin psykiska ohälsa och förekommande somatiska problem samt att detta sker på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt.

De särskilda revisionsfrågorna i uppdraget besvaras enligt följande:

- *Har hälso- och sjukvården säkerställt att ansvaret för alla patienter i aktuell patientgrupp är tydligt och ändamålsenligt (mellan olika vårdenheter i landstingets organisation och med kommunerna)?*

Vår bedömning: Genom de styrdokument (framförallt olika överenskommelser och vårdprogram) som landstinget beslutat om, anser vi att ansvarsfrågorna *i huvudsak* är



klargjorda. I praktiken uppstår likväl problem i gränslinjen, både mellan öppenvårdspsykiatri och primärvården och mellan landstingets verksamheter (öppenvård och slutenvård) och kommunerna.

- *Har hälso- och sjukvården ändamålsenliga rutiner och system som säkerställer samverkan dels internt inom landstingets hälso- och sjukvårdsorganisation, dels med länets kommuner kring vården av aktuell patientgrupp?*

Vår bedömning: Samverkan inom landstingsorganisationen är välutvecklad på ledningsnivå. Däremot saknas det i viss mån rutiner och system för ändamålsenlig samverkan på lokal nivå. Samverkan med kommunerna har utvecklats positivt under senare år, inte minst genom det gemensamma utvecklingsarbetet inom Region Dalarna. Överenskommelser för samverkan har utarbetats för de större patientkategorierna och ett fortsatt gemensamt arbete pågår i de s.k. regionala utvecklingsgrupperna. Däremot finns problem med oklart ansvar och brister i samordning i flera fall, vilket drabbar enskilda patienter. Det gillar inte minst förebyggande insatser i fråga om somatisk sjuklighet.

- *Har landstingets hälso- och sjukvård på övergripande nivå system och rutiner som säkerställer, följer upp, att aktuell patientgrupp inte hamnar i kläm mellan olika vårdenheter eller olika huvudmän?*

Vår bedömning: Det finns inget övergripande system som säkerställer uppföljning av samsjuklighet hos enskilda patienter eller grupper av patienter. Det gemensamma journalsystemet (TakeCare) inom primärvård och sjukhusvård bidrar till att viktig information finns tillgänglig vid olika vårdenheter. Genom införandet av nationell patientöversikt (NPÖ) har kommunerna numera möjlighet vid behov att erhålla patientinformation från landstingssidan. Landstinget har inget heltäckande system för användande av s.k. case managers, vårdcoacher eller liknande samordnarroller även om detta arbete har utvecklats i positiv riktning under senare år. Landstinget har ett avvikelssystem som ger möjlighet att rapportera incidenter och andra avvikelser men dessa ärenden har inte närmare analyserats inom ramen för denna granskning.

- *Genomförs hälsokontroller (1-årskontroller) av de patienter som är intagna för psykiatrisk vård?*

Vår bedömning: Denna typ av kontroller är aktuella endast för de med längre vårdtider och det gäller i praktiken endast patienter som vårdas inom rättspsykiatri. Inom denna vårdform finns det ändamålsenliga rutiner för genomförande av kontroller av somatisk hälsa minst en gång om året och dessa kontroller görs vanligen betydligt oftare än så.

Utifrån dessa iakttagelser och bedömningar lämnar Kontigo ett antal rekommendationer, vilka redovisas i nästföljande kapitel.



6 Rekommendationer

Utifrån de samlade resultaten av denna granskning föreslår Kontigo att landstingsstyrelsen vidtar lämpliga åtgärder med följande inriktning och mål:

- Sträva efter en enhetlig utformning av samarbetsavtalen mellan landstingets vårdenheter och respektive kommun.
- Samla alla överenskommelser och samarbetsavtal mellan landstinget och kommunerna i en gemensam dokumentsamling, lämpligen inom ramen för samarbetet i Region Dalarna.
- Synliggör dessa på Region Dalarnas hemsida och gör den lätt tillgänglig via länkning från respektive huvudmans hemsida.
- Sprid lättillgänglig information om bestämmelserna om ansvar, roller och samverkan till alla berörda medarbetare samt till patienter och närstående.
- Utveckla arbetsformerna kring lagstadgade samordnade individuella planer (SIP) och öka andelen patienter som blir föremål för SIP.
- Säkerställ att varje patient med psykisk sjukdom, särskilt de med långvarig psykisk ohälsa respektive funktionsnedsättning, har en särskilt samordningsansvarig person/vård- och stödsamordnare (eller i tillämpliga fall en fast vårdkontakt enligt HSL 29a§ eller ett vårdteam) som patienten och dennes närstående alltid kan kontakta med frågor och synpunkter. Skapa rutiner för att ersättare alltid utses vid en samordnares ledighet eller annan frånvaro.
- Förstärk samarbetet med brukar/patientföreträdare och utnyttja deras och närståendes insikter och erfarenheter, både i individuell vårdplanering och i utformningen av vården i övrigt.
- Inför en funktion i psykiatrijournalen som sammanfattar den viktigaste informationen om patientens somatiska hälsotillstånd utifrån dennes aktuella situation (exempelvis blodtrycks kontroll, vikt, BMI, HbA1c).
- Stimulera utvecklingsarbete utifrån kvalitetsregisterdata och avvikelssystem, med betoning på de stora sjukdomsgrupperna schizofreni och bipolär sjukdom.
- Medverka i nationellt utvecklingsarbete för att utveckla förbättrade indikatorer för somatisk hälsa hos patienter med psykisk sjukdom.



Bilagor

Bilaga 1. Granskade dokument inom landstinget

| Utfärdare | Dokumenttyp | Dokumentnamn | Datum |
|------------------------|-------------------|--|----------------|
| Landstinget Dalarna: | | | |
| Länssjukvårdsdirektör | Riktlinje | Uppgiftsfördelning och samverkan mellan Primärvården och Psykiatri | 2007 |
| Division psykiatri | presentation | Egenkontroll div psykiatri 2013-2016 | 2016 |
| Div chefer | Riktlinje? | Ansvarsfördelning inom Primärvården — BUP i Landstinget Dalarna | 2016 |
| LF | Landstingsplan | Landstingsplan 2016 | 2015 |
| LF | Beslut | Kommunalisering av hemsjukvården | 2012 |
| LS | Inriktningsbeslut | Samling för social hållbarhet — minska skillnader i hälsa | |
| | Verksamhetsplan | Verksamhetsplan vuxenpsykiatri 2016 | 2016 |
| Region Dalarna: | | | |
| | Överenskommelse | Länsövergripande överenskommelse om samverkan.. Psykiska funktionsnedsättningar från 18 år | 2015 |
| | " | Länsövergripande överenskommelse om samverkan...missbruks- och beroendevården | 2015 |
| | " | Länsövergripande överenskommelse om läkarundersökning – för barn som placeras med stöd av socialtjänstlagen (2001:453), SoL eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU | 2014 |
| | " | Länsövergripande överenskommelse om samverkan barn och unga 0-17 år | |
| | Handlingsplan | Regional utvecklingsplan vuxenpsykiatri | 2016-17 |
| | " | Regional utvecklingsplan missbruk | |
| | " | Regional utvecklingsplan barn-unga | |
| | | Ramavtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården | 2013 |
| | | Ramavtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården | 2013 |
| Kommunerna: | | | |
| Falun | Överenskommelse | Lokal överenskommelse avseende läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården i Falun | 2012, rev 2016 |
| Ludvika | " | Lokal överenskommelse om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården i Ludvika kommun | 2013, rev 2015 |
| Älvdalen (Särna) | " | Samverkansavtal gällande bemanning av hälso- och sjukvårdspersonal | 2013 |
| Övrigt LTD: | | | |
| Div chef Per Söderberg | Utredningsrapport | Riskbruk-, missbruk- och beroendevårdens utbud och organisation inom Landstinget Dalarna | 2016 |

Bilaga 2. Intervjuade och uppgiftslämnare

Landstinget centralt

| | | |
|------------------|--------------------------|-------|
| Jessica Johansen | Diariet Landstinget | Falun |
| Per Söderberg | Divisionschef psykiatri | Falun |
| Ulf Börjesson | Divisionschef primärvård | Falun |

Primärvård

| | | |
|---------------------|-----------------|----------------------|
| Kristina Ragnarsson | Verksamhetschef | Falun |
| Per-Olov Matsson | " | Borlänge |
| Eva Liss-Daniels | " | Malung |
| Anita Nääs | " | Älvdalen |
| Anette Gerlström | " | Ludvika/Smedjebacken |

Psykiatri

| | | |
|---------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| Stefan Tungström | Verksamhetschef psykiatri öppenvård | |
| Jeanette Hjortsberg | " | " |
| Susanna Berglund | " | " |
| Ulf Björnfot | " | Rättspsykiatri Säter |
| Mats Carlsson | " | Psykiatriska kliniken, Falun |

Kommunerna



| | |
|-----------------|--|
| Ylva Renström | Socialchef Falun |
| Tomas Ahlin | Socialchef Borlänge |
| Paulina Karlsen | Verksamhetschef Sociala sektorn Borlänge |
| Paula Jäverdal | Bitr. socialchef Säter |
| Pia Joelsson | Omvårdnadschef Falun |

Region Dalarna

| | |
|----------------------|----------------------------------|
| Christina Wessman | Enhetschef |
| Lisa Ask | Utvecklingsledare vuxenpsykiatri |
| Katarina Johansson | Utvecklingsledare äldre |
| Marit Raninen Lundin | Utvecklingsledare äldre |

Patientnämnden

| | |
|------------------|------------------|
| Marita Albinsson | Förvaltningschef |
|------------------|------------------|

Personliga Ombud

Personligt Ombud Norra Dalarna (2 st)

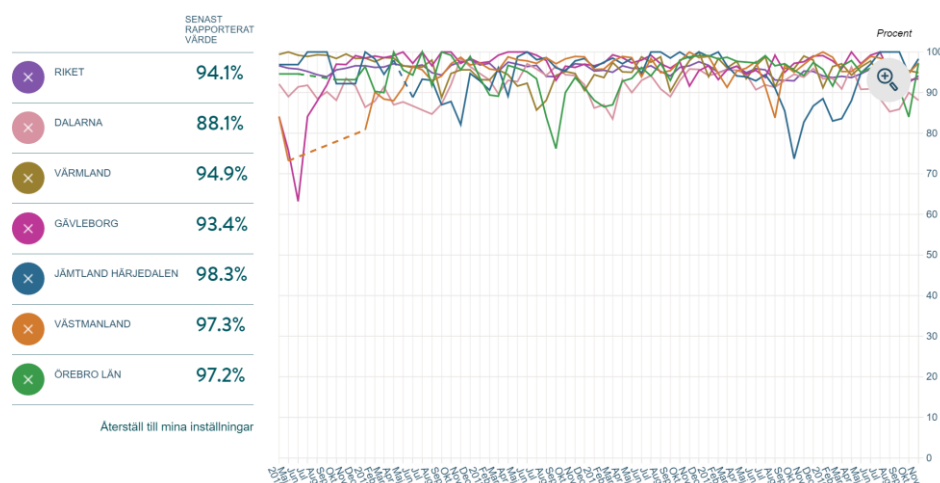
Patientorganisationer

| | |
|-----------------|--------------|
| Susanne Borg | HSD Dalarna |
| Magnus Karlsson | RSMH Dalarna |

Bilaga 3. Indikatorer för god vård

Här redovisas data och diagram för indikatorer som beskrivits i avsnitt 4.5.

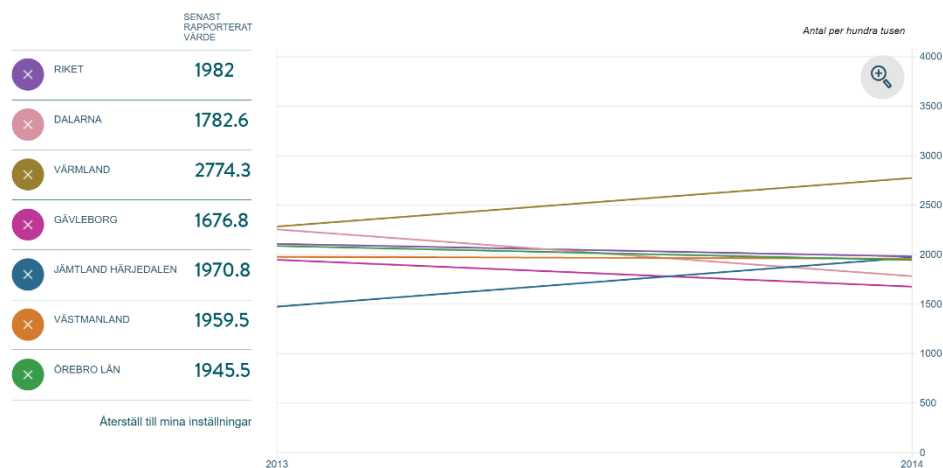
Tillgänglighet till besök i allmän psykiatri



Figur 3. Besök inom 90 dagar i allmänpsykiatri. Andel besök i specialiserad allmänpsykiatrisk vård inom 90 dagar. Dalarna ligger stabilt över tid och i stort på samma nivå som de angränsande landstingen, d.v.s. mellan 85 och 100 procent Källa: Väntetider i vården, SKL. Grafen hämtad från www.vardenisiffror.se.



Undvikbar somatisk slutenvård



Figur 4. Antal personer med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 patienter. Avser personer 20–59 år med tidigare psykiatrisk vård. Dalarnas län uppvisar, liksom flera andra län, en långsamt sjunkande siffra. Frekvensen stiger däremot i vissa grannlän. Åldersstandardiserade värden. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. Grafen hämtad från www.vardenisiffror.se.

Om indikatorn Undvikbar somatisk slutenvård

Indikatorn för undvikbar somatisk slutenvård mäter effektiviteten, tillgängligheten och kvalitén i omhändertagandet för vissa specificerade sjukdomstillstånd inom öppenvården. Här utgår Socialstyrelsen från antagandet att om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i öppenvården så kan vården förhindra onödiga inläggningar på sjukhus. Med måttet undvikbar slutenvård avses inläggningar på sjukhus för ett antal utvalda diagnoser.

De kroniska sjukdomstillstånd som ingår i indikatorn är:

anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kronisk obstruktiv lungsjukdom och kärilkramp.

Utöver dessa kroniska sjukdomstillstånd ingår även några akuta tillstånd. Vid dessa tillstånd bör rätt behandling kunna förhindra att patienten måste läggas in på sjukhus, förutsatt att den ges inom rimlig tid. De akuta tillstånden som ingår är:

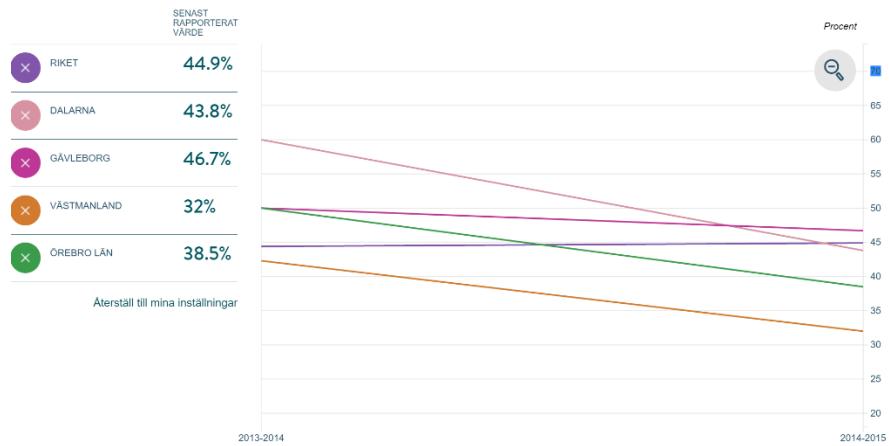
blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation, öron-, näsa- och halsinfektioner.

Indikatorn mäter antalet personer i åldern 20 - 59 år som vid kroppslig sjukdom har fått slutenvård som hade kunnat undvikas. Resultatet redovisas som antal per 100 000 invånare fördelat på personer som vårdats inom psykiatri och den totala befolkningen.

Källa: Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Socialstyrelsen 2013.



Fysisk hälsa inom rättspsykiatrisk vård



Figur 5. Andel patienter som skattar sin fysiska hälsa som bättre jämfört med föregående år (procent). Jämförelse mellan patienter i Dalarnas län (d.v.s. vid kliniken i Säter), riksgenomsnittet och övriga landsting som bedriver rättspsykiatrisk vård. Källa: Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister (RättspsyK). Grafen hämtad från www.vardenisiffror.se.

