

# Region Värmland

Granskning av vuxenpsykiatri och  
rättspsykiatri inklusive uppföljning av  
2017 och 2018 års granskning



Building a better  
working world

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Samlad bedömning.....</b>	<b>4</b>
1.1. Bedömning och iakttagelser utifrån revisionsfrågorna .....	4
1.2. Slutsatser och rekommendationer.....	6
<b>2. Inledning.....</b>	<b>7</b>
2.1. Bakgrund .....	7
2.2. Syfte och revisionsfrågor .....	7
2.3. Revisionskriterier .....	7
2.4. Metod .....	8
2.5. Avgränsningar och ansvarig nämnd.....	8
<b>3. Vuxenpsykiatrins nuläge och organisation .....</b>	<b>9</b>
3.1. Psykiatri i Region Värmland .....	9
3.2. Organisation .....	10
<b>4. Styrning och uppföljning av den vuxenpsykiatriska verksamheten .....</b>	<b>11</b>
4.1. Regionplan och nämndplan .....	11
4.2. Nationella vård- och insatsprogram.....	13
4.3. Rutiner för uppföljning av måluppfyllelse.....	14
4.4. Vår bedömning .....	14
<b>5. Uppföljande granskning av 2018 och 2017 års granskning.....</b>	<b>15</b>
5.1. Resultatet av 2018 års granskning avseende psykiatri.....	15
5.2. Resultatet av 2017 års granskning avseende rättspsykiatri.....	16
5.3. Tillgänglighet till vuxenpsykiatri.....	17
5.4. Arbetsmiljö inom vuxenpsykiatri .....	19
5.5. Kompetensförsörjning inom psykiatri .....	20
5.6. Vår bedömning .....	21
<b>Bilaga 1. Bakgrund.....</b>	<b>23</b>
<b>Bilaga 2: Revisionskriterier .....</b>	<b>24</b>
<b>Bilaga 3. Källförteckning.....</b>	<b>27</b>
<b>Bilaga 4. Uppföljning av 2018 års granskning av vuxenpsykiatri .....</b>	<b>29</b>
<b>Bilaga 5. Uppföljning av 2017 års granskning av rättspsykiatri.....</b>	<b>34</b>

## Sammanfattning

EY har på uppdrag av revisorerna i region Värmland granskat vuxenpsykiatri och rättspsykiatri. Syftet har varit att granska om Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sitt uppdrag och ansvarsområde, genom styrning, uppföljning och kontroll, säkerställt att den psykiatriska vården inom de aktuella verksamheterna bedrivs i enlighet med lagar, föreskrifter och fullmäktigebeslut. I granskningen har även ingått en uppföljning av de rekommendationer som framfördes i granskningarna 2017 och 2018.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Har nämnden, genom styrning med mål, riktlinjer och styrdokument, säkerställt en ändamålsenlig verksamhet?
- ▶ Har aktuella vårdprogram implementerats och är de kända på verksamhetsnivå samt används kunskaperna i kvalitets- och utvecklingsarbetet?
- ▶ Har nämnden systematiska och strukturerade rutiner för att följa upp verksamheternas måluppfyllelse?
- ▶ Har nämnden vidtagit åtgärder för att komma till rätta med bristande tillgänglighet inom den psykiatriska vården?
- ▶ Har nämnden vidtagit åtgärder för att säkerställa kompetensförsörjningen inom psykiatri?
- ▶ Har nämnden vidtagit åtgärder avseende arbetsmiljön inom de aktuella verksamheterna?
- ▶ Har åtgärder vidtagits med beaktande av de iakttagelser, synpunkter och rekommendationer som framfördes i de tidigare granskningarna?

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är att Hälso- och sjukvårdsnämnden endast delvis säkerställt att den psykiatriska vården inom de aktuella verksamheterna bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Svar på ovanstående revisionsfrågor tillsammans med de rekommendationer som riktas i granskningen framgår i nedanstående avsnitt.

## 1. Samlad bedömning

### 1.1. Bedömning och iakttagelser utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfrågor	Bedömning
Har nämnden, genom styrning med mål, riktlinjer och styrdokument, säkerställt en ändamålsenlig verksamhet?	<b>Delvis.</b> Granskningen visar att nämnden beslutat om målsättningar utifrån Regionfullmäktiges övergripande mål. I verksamhetsplan för Område öppenvård återges nämndens målsättningar och kompletteras med ytterligare mål. Vi konstaterar dock att verksamheterna i sina verksamhetsplaner endast redogör för hur verksamheten ska arbeta mot vissa av nämndens målsättningar. Det finns även nämndmål som den vuxenpsykiatriska öppenvården behandlat i verksamhetsplanen men som inte kommenterats i den psykiatriska slutenvårdens verksamhetsplan, trots att de är relevanta för verksamheten. Ett exempel på det är kunskapsbaserad vård.
Har aktuella vårdprogram implementerats och är de kända på verksamhetsnivå samt används kunskaperna i kvalitets- och utvecklingsarbetet?	<b>Delvis.</b> Det pågår ett arbete för att anpassa gällande rutiner och riktlinjer utifrån de nationella vård- och insatsprogrammen genom lokala arbetsgrupper. Arbetet är dock ännu inte fullt ut genomfört.
Har nämnden systematiska och strukturerade rutiner för att följa upp verksamheternas måluppfyllelse?	<b>Ja.</b> Genomgång av protokoll visar att nämnden följer upp verksamheten utifrån de målsättningar och indikatorer som nämnden fastställt i delårs- och årsrapporter samt genom månadsrapporter till nämnden.
Har nämnden vidtagit åtgärder för att komma till rätta med bristande tillgänglighet inom den psykiatriska vården?	<p><b>Nej.</b> Enligt nationell statistik framgår tre intressanta nyckeltal för Region Värmland. Antalet vårdplatser per 100 000 invånare är väsentligt lägre än i andra regioner samtidigt som medelvårdtiden är väsentligt högre än för riket. Beläggningsgraden är cirka 90 procent vilket vi bedömer vara en rimlig nivå. Beläggningsgraden indikerar att vårdplatsdimensioneringen svarar mot behovet utifrån verksamhetens nuvarande sätt att arbeta.</p> <p>Inom ramen för denna granskning kan vi inte dra några säkra slutsatser om huruvida ovanstående nyckeltal indikerar att vuxenpsykiatrin i Värmland är en effekt av att verksamheten är framgångsrik i att behandla patienter i öppenvård i första hand. Den långa medelvårdtiden skulle då innebära att det är de patienter med stora behov som vårdas inom heldygnsvården. Om så är fallet är det en önskvärd effekt. Nämnden bör ta initiativ till en analys som visar huruvida de från riket avvikande nyckeltalen för antal vårdplatser/invånare och medelvårdtid är ett uttryck för ett framgångsrikt öppenvårdsarbete eller en brist på heldygnsvårdskapacitet.</p> <p>Tillgängligheten inom den vuxenpsykiatriska öppenvården brister avsevärt. Drygt 60 procent av patienterna får ett första besök inom</p>

	<p>vårdgarantins gräns på 90 dagar och tillgängligheten har legat på den nivån åtminstone 12 månader tillbaka. Detta innebär att tillgängligheten till första besök har försämrats markant jämfört med 2018 års granskning. Det gäller även tiden till behandling. Endast drygt 30 procent av patienterna får behandling inom vårdgarantins gräns på 90 dagar, vilket i sig är en låg ambitionsnivå. En delförklaring till den låga tillgängligheten uppges vara en stor andel uteblivna besök. Vi konstaterar dock att det inte görs någon systematisk uppföljning av mängden uteblivna besök vilket vi ser som ett förbättringsområde.</p> <p>Vi är kritiska till att verksamheterna väljer att följa upp tillgängligheten utifrån vårdgarantins gräns på 90 dagar. Vårdgarantin är en slags försäkring för patienten att få vård även om den aktuella verksamheten har stora problem med kapaciteten. Ur vårdlogistisk synpunkt är det målet alldeles för lågt satt för att verksamheten ska erhålla vinster av typen mindre köadministration. Låter verksamheten vårdgarantin vara ett verksamhetsmål visar all erfarenhet att verksamheter ställer in sig på just den ambitionsnivån vilket inte gynnar vare sig personal eller patienter.</p>
<p>Har nämnden vidtagit åtgärder för att säkerställa kompetensförsörjningen inom psykiatri?</p>	<p><b>Ja, i huvudsak.</b> Nämnden har enligt vår bedömning vidtagit åtgärder för att förbättra kompetensförsörjningen. Respektive verksamhetsområde har utarbetat en handlingsplan för kompetensförsörjning utifrån regionens övergripande kompetensförsörjningsstrategi. Hälso- och sjukvårdsledningen har även initierat ett pilotprojekt med basår för nyexaminerade sjuksköterskor inom psykiatri för att stärka kompetensförsörjningen. Det kvarstår stora utmaningar vad gäller rekrytering vilket innebär att kompetensförsörjningen inte är säkerställd. Det finns emellertid skäl att inta ett ödmjukt förhållningssätt i frågan eftersom kompetensförsörjning till hälso- och sjukvården generellt och psykiatri i synnerhet är ett nationellt problem.</p>
<p>Har nämnden vidtagit åtgärder avseende arbetsmiljön inom de aktuella verksamheterna?</p>	<p><b>Ja, i huvudsak.</b> Granskningen visar att det kvarstår vissa utmaningar vad gäller arbetsmiljön inom vuxenpsykiatri. Nämnden har hållit sig informerade om de utmaningar som verksamheterna möter. Nämnden har vidtagit åtgärder för att stärka arbetsmiljön, exempelvis har Gröna korset implementerats och lokala ledningsgrupper införts vissa på mottagningar.</p>
<p>Har åtgärder vidtagits med beaktande av de iakttagelser, synpunkter och rekommendationer som framfördes i de tidigare granskningarna?</p>	<p><b>Delvis.</b> Granskningen visar att nämnden beaktat de rekommendationer som lämnades i 2017 års granskning av rättspsykiatri. Vad gäller 2018 års granskning av vuxenpsykiatri bedöms endast tre av åtta rekommendationer som helt åtgärdade. En rekommendation bedöms som ej åtgärdad och tre som delvis åtgärdade. Därtill bedöms en rekommendation som ej tillämplig. Vidare konstateras att tillgängligheten till vuxenpsykiatri försämrats sedan 2018 års granskning.</p>

## 1.2. Slutsatser och rekommendationer

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprovning är att Hälso- och sjukvårdsnämnden endast delvis säkerställt att den vuxenpsykiatriska vården inom de aktuella verksamheterna bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Bedömningen baseras på de iakttagelser som redovisats i tabellen ovan.

Utifrån granskningens iakttagelser lämnar vi följande rekommendationer till Hälso- och sjukvårdsnämnden:

- ▶ Tillse att verksamheterna i sina verksamhetsplaner redogör för hur verksamheten ska arbeta mot samtliga av de mål som nämnden har beslutat om.
- ▶ Utveckla målsättningarna avseende tillgänglighet inom öppenvården. Överväg bland annat att ha mer ambitiösa mål avseende väntetider än vårdgarantin. Det faktum att tillgängligheten för närvarande inte alls når den låga ambitionsnivån som vårdgarantin utgör hindrar inte att målet sätts väsentligt kortare än 90 dagar.
- ▶ Tillse att mängden uteblivna besök inom den vuxenpsykiatriska öppenvården kan avläsas i vårddata för att skapa bättre förutsättningar för produktionsplanering och kapacitetsutnyttjande.
- ▶ Vidta åtgärder för att på ett bättre sätt integrera den psykiatriska öppenvårdens och slutenvårdens verksamhetsplaner så att målsättningar avspeglar hela vårdprocessen.
- ▶ Nämnden bör ta initiativ till en analys som visar huruvida de från riket avvikande nyckeltalen för antal vårdplatser/invånare och medelvårdtid är ett uttryck för ett framgångsrikt öppenvårdsarbete eller en brist på heldygnsvårdskapacitet.

Göteborg den 14 september 2023



Johan Palmgren  
Verksamhetsrevisor  
Ernst & Young



Elin Mausén  
Certifierad kommunal yrkesrevisor  
Ernst & Young



Anders Hellqvist  
Certifierad kommunal yrkesrevisor  
Specialist  
Ernst & Young



Mikaela Gretzer  
Certifierad kommunal yrkesrevisor  
Kvalitetssäkrare  
Delägare Ernst & Young

## 2. Inledning

### 2.1. Bakgrund

Region Värmlands revisorer ansvarar för att genomföra årlig granskning av regionens samtliga verksamheter. Utifrån detta uppdrag och ansvar har revisorerna utarbetat dokumentet Granskningsstrategi i vilket de beskrivit de områden som revisorerna främst ska fokusera på under innevarande mandatperiod. Baserad på granskningsstrategin gör revisorerna en årlig riskbedömning och revisionsplan. I Revisionsplan 2023 har revisorerna i Region Värmland aktualiserat en granskning avseende psykiatrin och rättspsykiatrin inklusive uppföljning av 2017 och 2018 års granskning. Mer information om bakgrund till granskningen finns i bilaga 1.

### 2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte har varit att bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sitt uppdrag och ansvarsområde, genom styrning, uppföljning och kontroll, säkerställt att den psykiatriska vården inom de aktuella verksamheterna bedrivs i enlighet med lagar, föreskrifter och fullmäktigebeslut. I granskningen ingår en uppföljning av de rekommendationer som framfördes i granskningarna 2017 och 2018.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Har nämnden, genom styrning med mål, riktlinjer och styrdokument, säkerställt en ändamålsenlig verksamhet?
- ▶ Har aktuella vårdprogram implementerats och är de kända på verksamhetsnivå samt används kunskaperna i kvalitets- och utvecklingsarbetet?
- ▶ Har nämnden systematiska och strukturerade rutiner för att följa upp verksamheternas måluppfyllelse?
- ▶ Har nämnden vidtagit åtgärder för att komma till rätta med bristande tillgänglighet inom den psykiatriska vården?
- ▶ Har nämnden vidtagit åtgärder för att säkerställa kompetensförsörjningen inom psykiatrin?
- ▶ Har nämnden vidtagit åtgärder avseende arbetsmiljön inom de aktuella verksamheterna?
- ▶ Har åtgärder vidtagits med beaktande av de iakttagelser, synpunkter och rekommendationer som framfördes i de tidigare granskningarna?

### 2.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan hämtas ifrån lagar och förarbeten eller interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning. I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (2017:725) kap 6. Om nämndernas ansvar
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- ▶ Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) kap 6. Om vårdgarantin
- ▶ Lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129)

- ▶ Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128)
- ▶ Regionfullmäktiges mål och uppdrag
- ▶ Rekommendationer i 2017 och 2018 års granskning

Revisionskriterierna beskrivs närmare i bilaga 2.

#### **2.4. Metod**

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer.

Källförteckning framgår av bilaga 3. Samtliga intervjuade har givits tillfälle att sakfelsgranska rapporten.

#### **2.5. Avgränsningar och ansvarig nämnd**

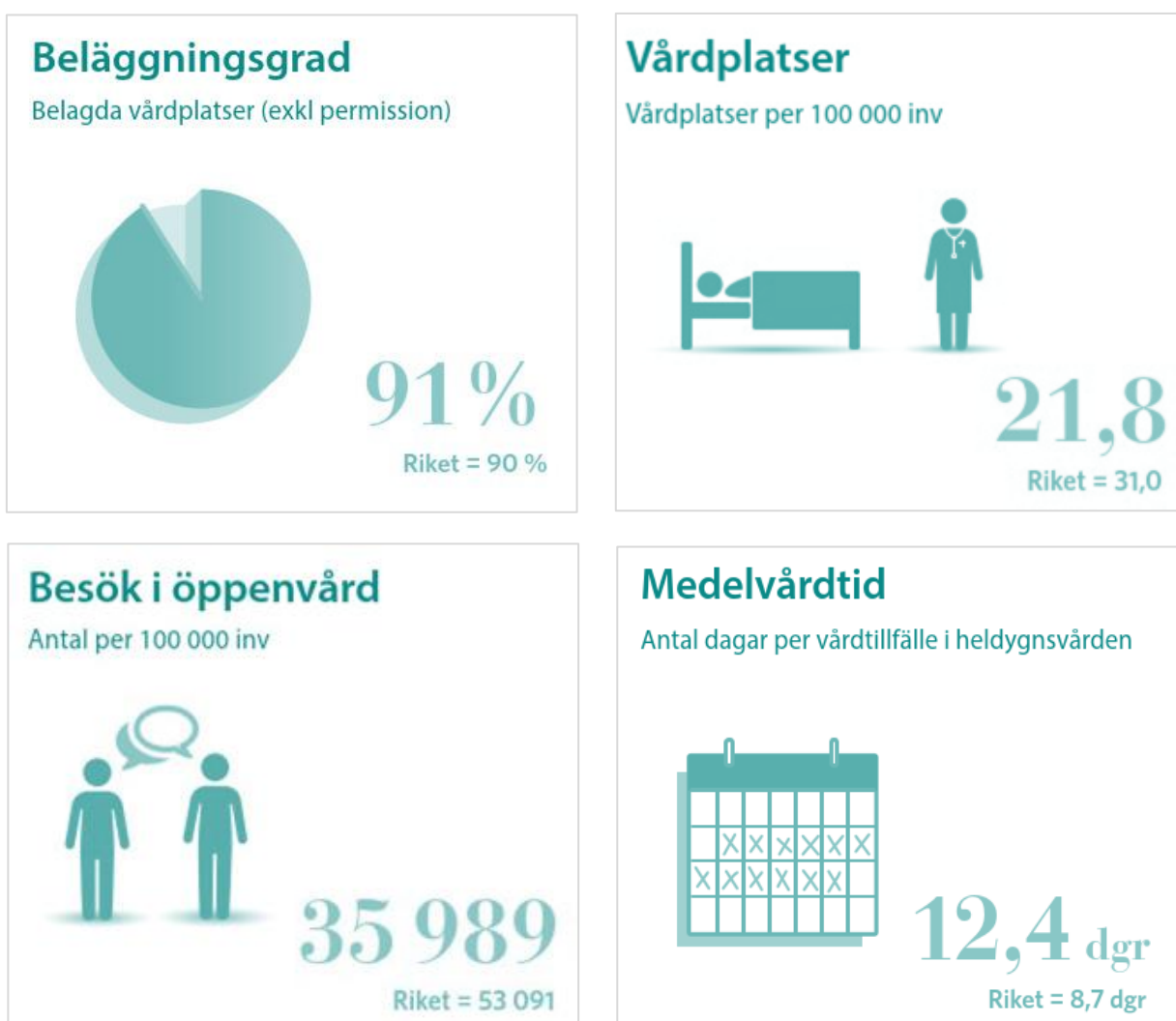
Granskningen avser Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Värmland.



### 3. Vuxenpsykiatrins nuläge och organisation

#### 3.1. Psykiatri i Region Värmland

Som framgår av nedanstående statistik hämtad från "Psykiatri i siffror" 2022 skiljer sig vuxenpsykiatri i Värmland från riket i övrigt i vissa avseenden. I förhållande till rikets snitt har Region Värmland väsentligt färre vårdplatser per invånare. Beläggningsgraden är däremot i nivå med riket. Medelvårdtiden för heldygnsvården är väsentligt längre och antalet besök i öppenvården per invånare är lägre än i riket i övrigt. Andelen invånare som är aktuella inom vuxenpsykiatri är dock i nivå med riket i övrigt.



Figur 1: Statistik avseende psykiatri i Region Värmland. Källa: Psykiatri i siffror 2022.

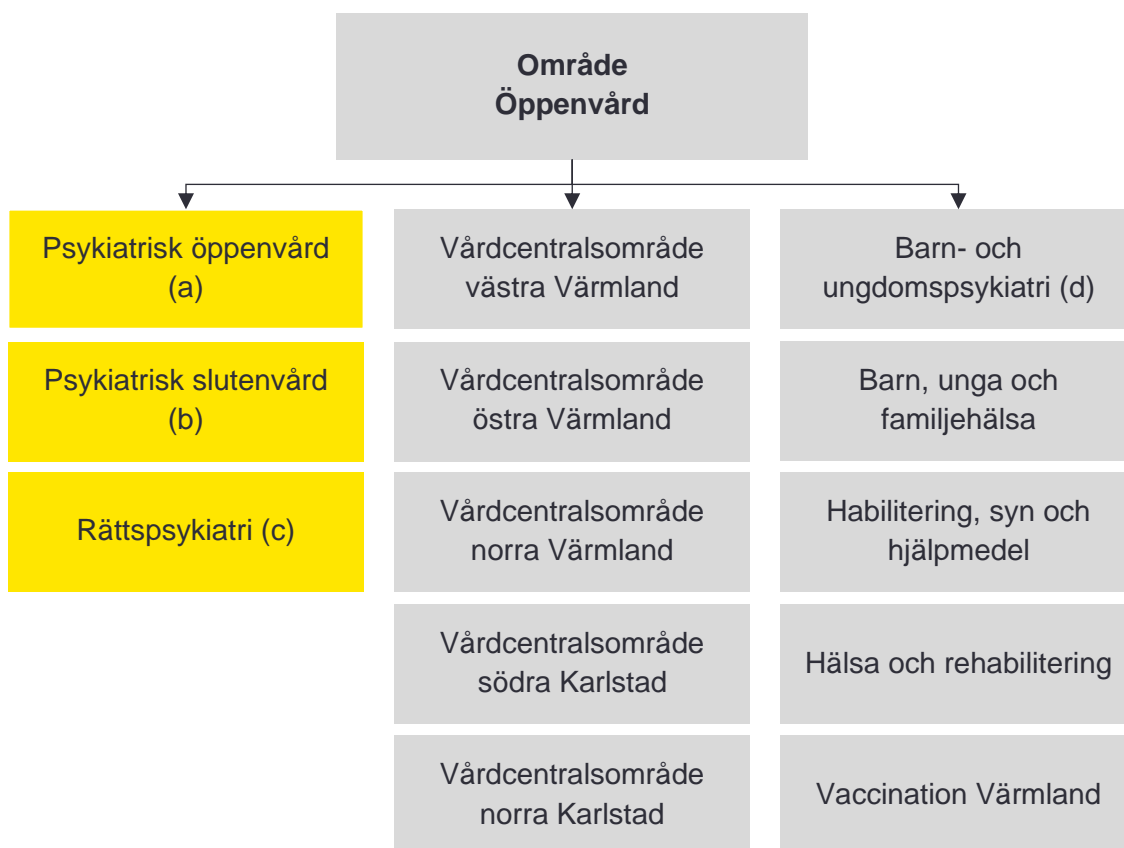
Vi kan i denna rapport inte helt redogöra för orsakerna till att statistiken ser ut som den gör. Det är emellertid rimligt att anta att det låga antalet besök i öppenvården delvis förklaras av den försämrade tillgänglighet som präglat verksamheten sedan en tid tillbaka. Under 2023 har endast drygt 60 procent av de sökande individerna fått sitt första besök inom 90 dagar (se

avsnitt 5.3). Även om vissa av dessa personer kunnat få kontakt genom telefonrådgivning samt få hjälp på andra sätt är tillgängligheten på en oacceptabelt låg nivå.

När det gäller heldygnsvården<sup>1</sup> är vår tolkning att det förhållandevis låga antalet vårdplatser per 100 000 invånare kan förklaras med att regionen, enligt intervupersonerna, har arbetat med andra vårdformer som alternativ till att skriva in patienter på avdelningar. Det skulle i så fall kunna förklara att medelvårdtiderna för de som vårdas på avdelningarna är förhållandevis längre då patienterna är sjukare. Hur orsaksförhållandena ser ut är svårt att reda ut. Vi vill dock göra läsaren uppmärksam på dessa fakta.

### 3.2. Organisation

I Region Värmland ansvarar Hälso- och sjukvårdsnämnden för den psykiatriska specialistverksamheten. Den psykiatriska vården är organiserad inom Område öppenvård och uppdelad i verksamhetsområdena a; (vuxen)psykiatrisk öppenvård, b; psykiatrisk heldygnsvård (slutenvård), c: rättspsykiatri och d; barn- och ungdomspsykiatri.



Figur 2: Organisationsskiss avseende Område öppenvård. Gulmarkerade ingår i granskningen.

#### 3.2.1. Psykiatrisk öppenvård

Inom verksamhetsområdet vuxenpsykiatrisk öppenvård arbetar cirka 300 medarbetare. Den vuxenpsykiatriska öppenvården bedrivs uppdelat på ett antal lokala psykiatriska

<sup>1</sup> Vi använder i rapporten begreppet heldygnsvård vilket är synonymt med begreppet slutenvård.

öppenvårdsmottagningar i Arvika, Hagfors, Kristinehamn, Säffle/Grums och Torsby. I Karlstad finns även fyra psykiatriska mottagningar inklusive den vådadministrativa enheten. Inom den vuxenpsykiatriska öppenvården finns också flera subspecialiserade mottagningar. I verksamhetsområdet ingår därtill en utbildningsenhet för ST-läkare i psykiatri.

### *3.2.2. Psykiatrisk slutenvård*

Inom verksamhetsområdet psykiatrisk heldygnsvård arbetar cirka 190 medarbetare. Inom heldygnsvården bedrivs specialiserad psykiatrisk heldygnsvård och tvångsvård, därtill bedrivs behandlingsinsatser till personer med missbruks- och beroendeproblematik. I verksamhetsområdet ingår psykiatriakuten i Karlstad. Vidare finns två psykosavdelningar för vård av patienter med psykosjukdom. Det finns två förstärkningsavdelningar för vård av patienter med oro, ångesttillstånd, depressioner, bipolär diagnos och psykosliknande symtom. Vid förstärkningsavdelningarna finns även ett ECT-team<sup>2</sup> som egen enhet. Vidare finns avdelning 45 som är en subakut avdelning med dagvård som ska förbereda patienten för utskrivning från den psykiatriska slutenvården. Totalt finns 48 platser varav 40 akutplatser. I den psykiatriska slutenvården ingår även beroendecentrum som drivs genom ett HVB-hem och resursavdelningen som stödjer samtliga avdelningar inom verksamheten.

### *3.2.3. Rättspsykiatri*

Rättspsykiatri i Värmland finns i Kristinehamn. Inom verksamhetsområdet arbetar cirka 90 medarbetare. Inom rättspsykiatri behandlas patienter som är dömda till rättspsykiatrisk vård. Rättspsykiatri ger även vård till personer som sitter häktade eller fängslade på uppdrag av kriminalvården. Inom rättspsykiatri finns tre vårdavdelningar med sammanlagt 32 vårdplatser. Vidare finns sedan september 2022 en egen enhet för rättspsykiatrisk öppenvård och en läkar- och administrativ enhet.

## **4. Styrning och uppföljning av den vuxenpsykiatriska verksamheten**

Styrningen av den psykiatriska verksamheten sker utöver vad som anges i lag främst genom regionplan och nämndplan samt genom de nationella vård- och insatsprogrammen. Nedan beskrivs styrning genom respektive kanal. Därefter följer en redogörelse av hur nämnden följer upp verksamheten.

### **4.1. Regionplan och nämndplan**

Målstyrningen av den psykiatriska verksamheten utgår ifrån Regionfullmäktiges mål och budget. I regionplan 2023–2025 har Regionfullmäktige beslutat om övergripande effektmål och fem nämndspecifika mål för Hälso- och sjukvårdsnämnden. I nämndplan 2023 för Hälso- och sjukvårdsnämnden konkretiseras Regionfullmäktiges målsättningar genom att nämnden beslutar om egna mål, indikatorer och mätvärden. Nämndplanen anger även vilken datakälla som ska användas för att följa upp indikatorerna samt hur ofta uppföljning ska ske.

I verksamhetsplan för Område öppenvård 2023 återfinns samtliga nämndmål, undantaget ett mål avseende minskat miljöavtryck. Därtill finns ytterligare mål som tagits fram inom Område

---

<sup>2</sup> ECT – elbehandling för behandling av bland annat depression och schizofreni.

öppenvård, exempelvis ett mål avseende psykisk hälsa. Till samtliga mål finns en beskrivning av hur Område öppenvård arbetar eller avser arbeta för att uppnå målet. Det saknas dock tydliga indikatorer och målvärden till vissa av målen.

Indikatorerna till målen är delvis hämtade från nämndplanen men det finns även ytterligare indikatorer som utarbetats inom Område öppenvård. Exempelvis finns en indikator avseende antalet registrerade vårdavvikelser. Till indikatorerna finns en beskrivning av hur målet ska följas upp samt hur ofta uppföljning ska ske. I verksamhetsplanen finns även prioriterade aktiviteter. Aktiviteterna utgår från målsättningarna i verksamhetsplanen och avser aktiviteter som implementering av Gröna korset<sup>3</sup> och kompetensförsörjningsplaner. Samtliga aktiviteter är tidsbestämda och innehåller ett startdatum och ett slutdatum.

Respektive verksamhet inom Område öppenvård har därefter utarbetat egna verksamhetsplaner. I verksamheternas verksamhetsplaner anges de mål som återfinns i verksamhetsplanen för Område öppenvård. Verksamhetsplanerna saknar dock indikatorer och/eller en beskrivning av hur verksamheten avser arbeta mot vissa av de mål som Hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat om. Det finns även nämndmål som den vuxenpsykiatriska öppenvården behandlat i sin verksamhetsplan men som inte kommenterats i den psykiatriska slutenvårdens verksamhetsplan. Exempelvis nämndmålen avseende *personcentrerad vård* och *kunskapsbaserad vård*. Verksamhetsplanerna visar också att en majoritet av de indikatorer som utarbetats till nämndmålen saknar målvärden.

I verksamhetsplanerna finns även prioriterade aktiviteter. Aktiviteterna utgår från målsättningarna men är anpassade till respektive verksamhet. Samtliga aktiviteter är tidsbestämda och innehåller ett startdatum och ett slutdatum.

---

<sup>3</sup> Gröna korset är en metod som används inom sjukvården för att identifiera risker och vårdskador i realtid.



Figur 3: EYs tolkning av den politiska målstyrningen inom Region Värmland. 1: Regionfullmäktiges effektmål, 2: Regionfullmäktiges nämndspecifika mål, 3: Hälso- och sjukvårdsnämndens mål.

#### 4.2. Nationella vård- och insatsprogram

De nationella vård- och insatsprogrammen (VIP) är en del av ett nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården. De nationella vård- och insatsprogrammen arbetas fram av en nationell arbetsgrupp med deltagare från regioner och kommuner med spridning över landet. De nationella vård- och insatsprogrammen för psykisk ohälsa ska tillsammans med insatser för att stödja implementering öka användningen av evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap i mötet mellan personal och individ.

Inom psykiatri i Region Värmland tillämpas vård- och insatsprogram för följande diagnoser:

- ▶ Depression och ångestsyndrom
- ▶ Missbruk och beroende
- ▶ ADHD
- ▶ Självskadebeteende
- ▶ Schizofreni och psykos

I intervju med den psykiatriska slutenvården framgår att det finns lokala arbetsgrupper som arbetar med att ta fram insatser utifrån de nationella vård- och insatsprogrammen avseende Schizofreni och psykos samt ADHD. Inom den vuxenpsykiatriska öppenvården finns arbetsgrupper för respektive område som arbetar med att anpassa befintliga rutiner utifrån de nationella vård- och insatsprogrammen. Inom vuxenpsykiatri finns även en specifik rutin för patienter med schizofreni som är framtagen utifrån de nationella vård- och insatsprogrammen.

Respektive avdelning ansvarar för följsamheten till vård- och insatsprogrammen. Därutöver pågår också ett regionalt arbete för att hitta arbetssätt som möjliggör arbete utifrån de nationella vårdprogrammen.

#### **4.3. Rutiner för uppföljning av måluppfyllelse**

I Hälso- och sjukvårdsnämndens nämndplan anges regler för hur uppföljning ska ske. I Region Värmland används sedan 2022 verksamhetssystemet Stratsys för uppföljning av måluppfyllelse. Nämnden erhåller månadsvisa uppföljningar vid varje nämndsammanträde utifrån indikatorerna i nämndplanen. Uppföljning avser exempelvis vårdavdelningar inom den psykiatriska slutenvården med en beläggningsgrad över 90 procent samt sjukfrånvaro. Därtill medverkar områdeschef för öppenvården vid nämndsammanträden för att informera om den psykiatriska verksamheten. I intervju med nämndens presidium uppges även att verksamhetschefer träffar nämnden en gång per år för att informera om verksamheten. Nämnden erhåller en samlad uppföljning gällande måluppfyllelse i samband med delårsrapport och årsrapport.

Verksamhetsområdena följer upp målsättningar i delårs- och årsrapporter samt periodrapporter. Genomgång av protokoll visar att nämnden inte tar del av verksamhetsområdenas egna uppföljningar.

#### **4.4. Vår bedömning**

- ▶ **Har nämnden, genom styrning med mål, riktlinjer och styrdokument, säkerställt en ändamålsenlig verksamhet?**

**Delvis.** Granskningen visar att nämnden beslutat om målsättningar utifrån Regionfullmäktiges övergripande mål. I verksamhetsplan för Område öppenvård återges nämndens målsättningar och kompletteras med ytterligare mål. Vi konstaterar dock att verksamheterna i sina verksamhetsplaner endast redogör för hur verksamheten ska arbeta mot vissa av nämndens målsättningar. De indikatorer som verksamheterna själva utarbetat saknar även målvärden. Det finns därtill nämndmål som den vuxenpsykiatriska öppenvården behandlat i verksamhetsplanen men som inte kommenterats i den psykiatriska slutenvårdens verksamhetsplan, trots att de är relevanta för verksamheten. Ett exempel på det är kunskapsbaserad vård.

Den organisatoriska uppdelningen i psykiatrisk öppenvård och slutenvård bedömer vi som delvis ologisk av två skäl. För det första rör sig många patienter mellan heldygnsvård och öppenvården, d.v.s. processen hänger ihop. För det andra blir det förvirrande med två olika verksamhetsplaner för parametrar som berör båda verksamheter.

- ▶ **Har aktuella vårdprogram implementerats och är de kända på verksamhetsnivå samt används kunskaperna i kvalitets- och utvecklingsarbetet?**

**Delvis.** Granskningen visar att det finns arbetsgrupper som arbetar med att anpassa gällande rutiner utifrån de nationella vård- och insatsprogrammen. Ledningen för den vuxenpsykiatriska öppenvården har även utarbetat en särskild rutin för vård till patienter med schizofreni som är framtagen utifrån de nationella vård- och insatsprogrammen. Vår bedömning är att regionen arbetar med att implementera de vårdprogram som för närvarande finns vedertagna på nationell nivå.

- ▶ **Har nämnden systematiska och strukturerade rutiner för att följa upp verksamheternas måluppfyllelse?**

**Ja.** Genomgång av protokoll visar att nämnden följer upp verksamheten utifrån de målsättningar och indikatorer som nämnden fastställt. Nämndens målsättningar följs upp genom indikatorer och redovisas i delårs- och årsrapporter samt genom periodrapporter till nämnden.

## **5. Uppföljande granskning av 2018 och 2017 års granskning**

### **5.1. Resultatet av 2018 års granskning avseende psykiatri**

Syftet med granskningen 2018 var att bedöma om dåvarande landstingsstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig styrning och uppföljning över den psykiatriska vården. Den sammanfattande bedömningen var att landstingsstyrelsen till viss del utövade en styrning och hade en uppföljning som säkerställde en ändamålsenligt utformad psykiatrisk vård. Granskningen visade på brister avseende uppföljning, tillgänglighet och kompetensförsörjning. I granskningen lämnades följande rekommendationer:

1. Stärka uppföljningen av vårdgivardirektiven för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med lagstiftning och föreskrifter
2. Uppdra åt landstingsdirektören att skapa tydlighet i hur verksamheterna ska arbeta med registrering i nationella kvalitetsregister för psykiatri
3. Utveckla målsättningarna avseende tillgänglighet samt tydliggöra ambitionerna utifrån målsättningarna. Detta då nuvarande målsättning kan medföra vissa undanträngningseffekter genom att förstabesök prioriteras i alltför hög grad
4. Utveckla uppföljning av tillgängligheten och utöver första besök även följa upp väntetider till utredning och behandling för alla verksamheter samt tillgängligheten för återbesök.
5. Uppdra åt landstingsdirektören att fortsatt arbeta för att åtgärder vidtas för en sömlös vård och sammanhållen vårdkedja
6. Uppdra åt landstingsdirektören att tillse ett strukturerat och sammanhållet arbete för produktions- och kapacitetsplanering inom psykiatri
7. Uppdra åt landstingsdirektören att säkerställa att det upprättas kompetensförsörjningsplaner såväl på övergripande nivå som för verksamheten

8. Uppdra åt landstingsdirektören att tillse ett mer sammanhållet arbetssätt för att hantera den personalbrist som råder mer eller mindre inom samtliga verksamheter inom vuxenpsykiatri

#### *5.1.1. Uppföljning av vidtagna åtgärder*

Vad gäller 2018 års granskning av vuxenpsykiatri bedöms endast tre av åtta rekommendationer som helt åtgärdade. En rekommendation bedöms som ej åtgärdad och tre som delvis åtgärdade. Därtill bedöms en rekommendation som ej tillämplig. En redogörelse av vidtagna åtgärder per rekommendation utifrån 2018 års granskning av psykiatri återfinns i bilaga 4.

### **5.2. Resultatet av 2017 års granskning avseende rättspsykiatri**

Syftet med granskningen 2017 var att bedöma om dåvarande landstingsstyrelsen säkerställt att den rättspsykiatriska vården bedrivs i enlighet med gällande regler och föreskrifter. Den sammanfattande bedömningen var att landstingsstyrelsen till viss del säkerställt detta. Granskningen visade på brister gällande uppföljning samt arbetet med samverkan och kompetensförsörjning. I granskningen lämnades följande rekommendationer:

1. Säkerställa att de övergripande styrdokumenterna för det systematiska kvalitetsarbetet är aktuella och ger stöd för verksamhetens arbete
2. Tillse att det upprättas lokala rutiner för det systematiska förbättringsarbetet samt att förbättringsarbetet dokumenteras
3. Stärka uppföljningen av vårdgivardirektiven för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med lagstiftning och föreskrifter
4. Tillse att verksamheten löpande granskas av extern granskare i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter
5. Tillse att uppföljning, analys och sammanställning av avvikelser sker i enlighet med riktlinjen för avvikelshantering
6. Se över hur uppföljning sker av väsentliga nyckeltal för den rättspsykiatriska verksamheten
7. Tillse att det upprättas lokala handlingsplaner för rättspsykiatri avseende samverkan med kommunerna i enlighet med den övergripande överenskommelsen avseende personer med psykisk funktionsnedsättning
8. Tillse att det upprättas dokumenterade rutiner för arbetet med utslussning till rättspsykiatrisk öppenvård
9. Säkerställa att det upprättas kompetensförsörjningsplaner såväl på övergripande nivå som för verksamheten

#### *5.2.1. Uppföljning av vidtagna åtgärder*

Vad gäller 2017 års granskning av rättspsykiatri bedöms sju av nio rekommendationer som helt åtgärdade. Därtill bedöms två rekommendationer som ej tillämpliga. En redogörelse av vidtagna åtgärder per rekommendation utifrån 2017 års granskning av rättspsykiatri återfinns i bilaga 5.



### 5.3. Tillgänglighet till vuxenpsykiatri

Enligt hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) kap 6. har patienter rätt till besök inom den specialiserade vården inom 90 dagar. I 2018 års granskning av psykiatri framkom att den psykiatriska vården inte uppfyllde vårdgarantins krav på tillgänglighet. Granskningen visade att flera verksamhetsområden inom psykiatri beslutat om målvärden som understeg lagkravet. Det bedömdes även finnas behov av att öka ambitionsnivå på tillgänglighet för att uppnå vinsterna med en köfri vård.

Väntetiderna till första besök inom psykiatri har ökat kraftigt sedan 2018 års granskning. Av statistiken framgår att endast drygt 60 procent av patienter till vuxenpsykiatri i Värmland fått ett första besök inom vårdgarantins gräns på 90 dagar under våren 2023<sup>4</sup>. Vad gäller väntetid till behandling får endast drygt 30 procent får behandling inom 90 dagar. Snittet för riket ligger på drygt 50 procent.

I intervju med ansvariga i regionen uppges att det finns en medvetenhet i verksamheten om att det finns fortsatta utmaningar vad gäller tillgänglighet. Det uppges att det finns ett gap mellan behov och resurser. En delförklaring till lägre tillgänglighet härleds till ett stort antal uteblivna besök vilket försvårar produktionsplaneringen. I intervju uppges att det inte görs någon mätning av hur stor del av besöken där patienten uteblir. Det beskrivs dock att avgiften för uteblivet besök har höjts från 200 till 400 kr för att komma tillrätta med problemet samt att patienten får sms-påminnelse inför besök.

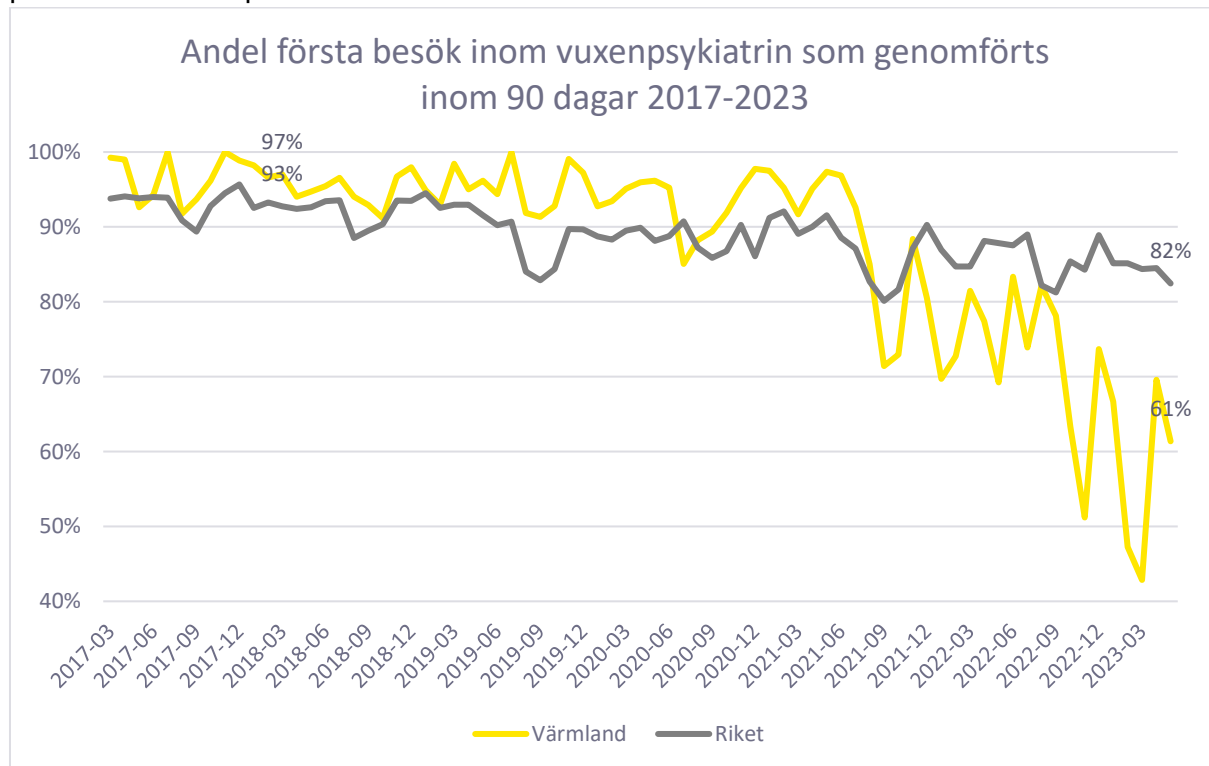


Diagram 1: Källa Vården i siffror. [www.vardenenisiffror.se](http://www.vardenenisiffror.se)

<sup>4</sup> Vid genomförandet av 2018 års granskning fick ca 97 procent av patienterna ett första besök inom 90 dagar.

I intervju uppges att tillgång på vårdplatser inom den psykiatriska slutenvården är god och att det inte föreligger några svårigheter att skriva in patienter. Intervjuad verksamhetschef uppges att antalet vårdplatser planeras utifrån vilka personella resurser som finns tillgängliga och inte utifrån behov. Statistik från SKR:s mätning Psykiatri i siffror visar dock att antalet vårdplatser per 100 000 invånare är väsentligt lägre än övriga delar av landet, trots detta är beläggningsgraden 91 % och vårdtiderna längre än i övriga regioner. Vi berörde tidigare i avsnitt 3.1 vilka eventuella förklaringar som kan finnas till dessa förhållanden.

### *5.3.1. Målstyrning avseende tillgänglighet*

I 2018 års granskning rekommenderades dåvarande landstingsstyrelsen att utveckla målsättningarna avseende tillgänglighet samt tydliggöra ambitionerna utifrån målsättningarna. Detta då målsättningarna bedömdes medföra vissa undanträngningseffekter genom att förstabesök prioriterades i alltför hög grad. Landstingsstyrelsen rekommenderades även att utveckla uppföljning av tillgängligheten och utöver första besök också följa upp väntetider till utredning och behandling för alla verksamheter samt tillgängligheten för återbesök.

I nämndplan 2023 har Hälso- och sjukvårdsnämnden formulerat ett mål om tillgänglig vård. Till målet finns flera indikatorer med tillhörande målvärden. Bland indikatorerna finns en indikator avseende andelen patienter som får vänta högst 90 dagar på ett förstabesök till specialiserad psykiatrisk vård vilket motsvarar kraven i vårdgarantin.

Inom den psykiatriska öppenvården finns ytterligare indikatorer kopplat till målet om tillgänglighet. Utöver indikatorerna avseende väntetid till första besök och besvarade telefonsamtal finns även indikatorer exempelvis avseende antalet genomförda BDB bedömningar<sup>5</sup>, andel som inte fått suicidpreventiv uppföljningstid enligt rutin<sup>6</sup>, antal patienter som väntar på neuropsykiatrisk utredning<sup>7</sup> och psykoterapeutisk behandling<sup>8</sup>. Undantaget indikatorn avseende väntetid till första besök saknas målvärden för samtliga indikatorer kopplade till tillgänglighet. Av skriftliga svar framgår att den psykiatriska öppenvården valt att inte sätta måtvärden för 2023 då det inte funnits några ingångsvärden att basera på målvärden på.

Med undantag av indikatorerna avseende antalet patienter som väntar på neuropsykiatrisk utredning och psykoterapeutisk behandling finns inga indikatorer för att följa upp väntetider till utredning och återbesök för andra diagnoser och behandlingsformer inom den vuxenpsykiatriska öppenvården.

---

<sup>5</sup> BDB - Basal diagnostiska bedömning. Ska enligt regionens riktlinje göras vid de flesta nybesök inom den psykiatriska öppenvården i Värmland.

<sup>6</sup> Enligt rutinen ska patienter som fått suicidvård inom akutpsykiatri få en remiss till uppföljningstid inom den psykiatriska öppenvården inom 72 timmar.

<sup>7</sup> En neuropsykiatrisk utredning görs för att undersöka om de svårigheter som patienten upplever beror på ADHD, autism eller någon annan neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

<sup>8</sup> Psykoterapi är en behandlingsmetod som oftast innebär att patienter pratar med en psykolog eller psykoterapeut. Behandlingsmetoden används för att behandla bland annat depression, ångest, fobier och ätstörningar.

Inom den psykiatriska slutenvården finns två indikatorer avseende produktionsplaner kopplat till tillgänglighet. Indikatorerna avser antalet verksamheter som har produktionsplaner och andelen verksamheter som uppnår produktionsplanerna. Indikatorer avseende produktionsplaner finns även inom öppenvården. Inom den psykiatriska slutenvården mäts också beläggningsgraden per vårdavdelning utifrån målsättningen om en beläggningsgrad under 90 procent.

#### **5.4. Arbetsmiljö inom vuxenpsykiatri**

I 2018 års granskning av psykiatri framkom att det fanns en omfattande personalbrist inom den vuxenpsykiatriska slutenvården. Under sommaren 2018 medföljde detta att en avdelning tvingades stänga för att verksamheten skulle klara sommarplaneringen. I granskningen framkom att personalbristen i sin tur skapade en negativ effekt på arbetsmiljön, bland annat på grund av övertidsarbete.

I intervju uppges att arbetsmiljöarbetet går i en positiv riktning och att verksamheterna arbetar för att minimera arbetsmiljöriskerna. Enligt årsrapport för den psykiatriska slutenvården finns fortsatt en ansträngd arbetsmiljö på vissa avdelningar till följd av vakanser. I intervju med Hälso- och sjukvårdsnämndens presidium uppges även att Arbetsmiljöverket signalerat med vite för bristande arbetsmiljö på en öppenvårdsmottagning i Karlstad.

Drogutlösta psykosor uppges blivit mer vanligt förekommande vilket ökar risken för hot och våld mot personal inom psykiatri. I intervju beskrivs att det pågår ett arbete för att förbättra säkerheten i Psykiatrihuset i Karlstad för att bättre kunna hantera dessa typer av situationer. Regionen har därtill egna utbildare som arbetar med att utbilda personalen i hantering av hot och våld.

Inom den psykiatriska öppenvården finns utmaningar vad gäller den fysiska arbetsmiljön i form av brist på ändamålsenliga lokaler. I delårsrapport 2022 framgår att ett större arbete genomförts vad gäller lokaler och att åtgärder vidtagits för att förbättra den fysiska arbetsmiljön på öppenvårdsmottagningarna i Karlstad, Hagfors och Säffle/Grums.

Regionen har påbörjat ett arbete för att implementera Gröna korset i hela organisationen för att förbättra arbetsmiljön. Implementering av Gröna korset finns med som en prioriterad aktivitet i verksamhetsplanen för rättspsykiatri, psykiatrisk slutenvård och vuxenpsykiatrisk öppenvård och planeras att genomföras under 2023. Det pågår även en implementering av "Aktivt medarbetarskap" som syftar till att stärka personalens ansvarstagande i verksamheten, vilket uppges bidra till en förbättrad arbetsmiljö. På vissa öppenvårdsmottagningar inom öppenvårdpsykiatri har även en lokal ledningsgrupp inrättats. De lokala ledningsgrupperna består av ett antal medarbetare ur arbetsgruppen samt enhetschef och har bland annat till uppgift att fungera som en länk mellan enhetschef och medarbetare. Syftet med de lokala ledningsgrupperna är att skapa en bättre arbetsmiljö och öka medarbetardelaktigheten samt stärka styrningen och kommunikationen i verksamheten.

### **5.5. Kompetensförsörjning inom psykiatri**

I 2018 års granskning av psykiatri och 2017 års granskning av rättspsykiatri konstaterades att det rådde brist på personal inom i stort sett alla verksamheter. I granskningarna rekommenderades dåvarande landstingsstyrelsen att tillse att kompetensförsörjningsplaner upprättas, såväl på övergripande nivå som för verksamheten samt tillse ett sammanhållet arbetssätt för att hantera personalbristen.

I intervju uppges att det finns en fortsatt brist på personal med rätt kompetens inom Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde. Skötare och arbetsterapeuter uppges vara särskilt svåra att rekrytera. Rekrytering av psykologer har dock blivit enklare sedan psykologprogrammet öppnade i Karlstad. Det uppges dock att förutsättningarna att rekrytera varierar mellan olika mottagningar i regionen.

Inom Region Värmland finns en övergripande kompetensförsörjningsplan. Kompetensförsörjningsplanen bygger på en kompetensanalys som genomfördes under våren 2019 och beskriver kompetensförsörjningsbehovet på tio års sikt för hela hälso- och sjukvården. Utifrån den övergripande kompetensförsörjningsplanen har verksamhetsområdena psykiatrisk slutenvård, rättspsykiatri och vuxenpsykiatriska öppenvården utarbetat handlingsplaner för kompetensförsörjning.

Handlingsplanerna beskriver översiktligt kompetensbehovet inom verksamheten och vilka aktiviteter verksamheten ska genomföra för att lyckas i rekryteringen.

I den nuvarande sjuksköterskeutbildningen ingår endast grundläggande utbildning i psykiatri. För att psykiatri ska bli en attraktiv arbetsplats där nyutexaminerade sjuksköterskor känner sig trygga i det psykiatriska omvårdnads- och behandlingsarbetet har hälso- och sjukvårdsledningen i Region Värmland beslutat om att införa basår för nyutexaminerade sjuksköterskor inom psykiatri. Under 2023 genomförs ett pilotprojekt med fyra tjänster som ska utvärderas innan beslut om fortsättning tas inför 2024.

## 5.6. Vår bedömning

### ► Har nämnden vidtagit åtgärder för att komma till rätta med bristande tillgänglighet inom den vuxenpsykiatriska specialistvården?

**Nej.** Enligt nationell statistik framgår tre intressanta nyckeltal för Region Värmland. Antalet vårdplatser per 100 000 invånare är väsentligt lägre än i andra regioner samtidigt som medelvårdtiden är väsentligt högre än för riket. Beläggningsgraden är cirka 90 procent vilket vi bedömer vara en rimlig nivå. Beläggningsgraden indikerar att vårdplatsdimensioneringen svarar mot behovet utifrån verksamhetens nuvarande sätt att arbeta.

Inom ramen för denna granskning kan vi inte dra några säkra slutsatser om huruvida ovanstående nyckeltal indikerar att vuxenpsykiatrin i Värmland är en effekt av att verksamheten är framgångsrik i att behandla patienter i öppenvård i första hand. Den långa medelvårdtiden skulle då innebära att det är de patienter med stora behov som vårdas inom heldygnsvården. Om så är fallet är det en önskvärd effekt. Nämnden bör ta initiativ till en analys som visar huruvida de från riket avvikande nyckeltalen för antal vårdplatser/invånare och medelvårdtid är ett uttryck för ett framgångsrikt öppenvårdsarbete eller en brist på heldygnsvårdskapacitet.

Tillgängligheten inom den vuxenpsykiatriska öppenvården brister avsevärt. Drygt 60 procent av patienterna får ett första besök inom vårdgarantins gräns på 90 dagar och tillgängligheten har legat på den nivån åtminstone 12 månader tillbaka. Detta innebär att tillgängligheten till första besök har markant försämrats jämfört med 2018 års granskning. Det gäller även tiden till behandling. Endast drygt 30 procent av patienterna får behandling inom vårdgarantins gräns på 90 dagar, vilket i sig är en låg ambitionsnivå. En delförklaring till den låga tillgängligheten uppges vara en stor andel uteblivna besök. Vi konstaterar dock att det inte görs någon systematisk uppföljning av mängden uteblivna besök vilket vi ser som ett förbättringsområde.

Vi är kritiska till att verksamheterna väljer att följa upp tillgängligheten utifrån vårdgarantins gräns på 90 dagar. Vårdgarantin är en slags försäkring för patienten att få vård även om den aktuella verksamheten har stora problem med kapaciteten. Ur vårdlogistisk synpunkt är det målet alldeles för lågt satt för att verksamheten ska erhålla vinster av typen mindre köadministration. Låter verksamheten vårdgarantin vara ett verksamhetsmål visar all erfarenhet att verksamheter ställer in sig på just den ambitionsnivån vilket inte gynnar vare sig personal eller patienter.

### ► Har nämnden vidtagit åtgärder för att säkerställa kompetensförsörjningen inom psykiatrin?

**Ja, i huvudsak.** Nämnden har enligt vår bedömning vidtagit åtgärder för att säkerställa kompetensförsörjningen. Respektive verksamhetsområde har utarbetat en handlingsplan för kompetensförsörjning utifrån regionens övergripande kompetensförsörjningsstrategi. Hälso- och sjukvårdsledningen har även initierat ett pilotprojekt med basår för nyexaminerade sjuksköterskor inom psykiatrin för att stärka kompetensförsörjningen. Det kvarstår dock stora utmaningar vad gäller rekrytering, särskilt vad gäller skötare och arbetsterapeuter.

► **Har nämnden vidtagit åtgärder avseende arbetsmiljön inom de aktuella verksamheterna?**

**Ja, i huvudsak.** Granskningen visar att det kvarstår vissa utmaningar vad gäller arbetsmiljön inom vuxenpsykiatrin. Nämnden har emellertid hållit sig informerade om de utmaningar som verksamheterna möter. Nämnden har vidtagit åtgärder för att stärka arbetsmiljön, exempelvis har Gröna korset implementerats och lokala ledningsgrupper införts vissa på mottagningar.

► **Har åtgärder vidtagits med beaktande av de iakttagelser, synpunkter och rekommendationer som framfördes i de tidigare granskningarna?**

**Delvis.** Granskningen visar att nämnden beaktat de rekommendationer som lämnades i 2017 års granskning av rättspsykiatrin. Vad gäller 2018 års granskning av vuxenpsykiatrin bedöms endast tre av åtta rekommendationer som helt åtgärdade. En rekommendation bedöms som ej åtgärdad och tre som delvis åtgärdade. Därtill bedöms en rekommendation som ej tillämplig. Vidare konstateras att tillgängligheten till vuxenpsykiatrin försämrats sedan 2018 års granskning. I nedanstående diagram framgår vår sammanfattande bedömning av vidtagna åtgärder för respektive granskning.

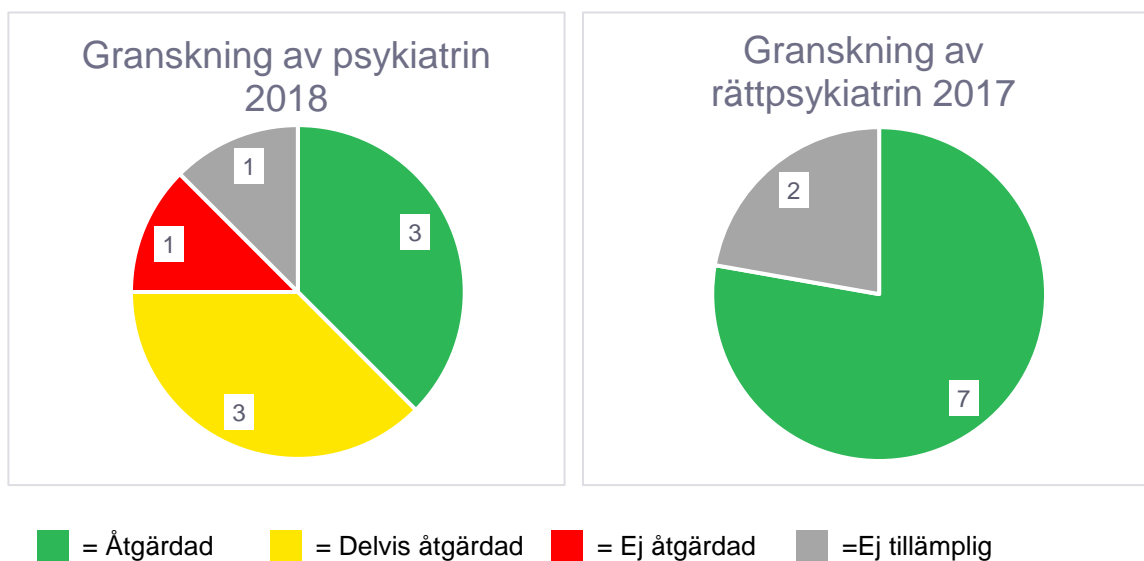


Diagram 2. EYs bedömning av uppföljning av tidigare rekommendationer.

## **Bilaga 1. Bakgrund**

Enligt Socialstyrelsen är god psykisk hälsa grundläggande för att människor ska kunna förverkliga sina möjligheter, hantera livets svårigheter och bidra till samhället. Psykisk ohälsa får konsekvenser på många olika sätt. Det orsakar stort lidande i människors liv och påverkar hela samhället, både socialt och ekonomiskt. Det rättspsykiatriska uppdraget handlar om att förbättra patienternas psykiska hälsa men vården ska även beakta behovet av samhällsskydd.

I den granskning som genomfördes inom rättspsykiatrin 2017 lyftes bland annat följande iakttagelser och synpunkter: Det saknades lokala handlingsplaner för den rättspsykiatriska verksamhetens samverkan med kommunerna. Vidare saknades till stor del dokumenterade rutiner för samverkan i samband med utslussning till rättspsykiatrisk öppenvård. Dåvarande landstingsstyrelsen hade inte i tillräcklig utsträckning säkerställt att det fanns planer för att säkerställa bemanning med rätt kompetens inom rättspsykiatrin. Det saknades också kompetensförsörjningsplaner såväl på övergripande nivå som för verksamheten. Även i denna granskning framfördes rekommendationer i syfte att förbättra verksamheten.

Den tidigare genomförda granskningen inom vuxenpsykiatrin 2018 visade på brister avseende kompetensförsörjning, tillgänglighet och uppföljning. Brister i kompetensförsörjningen kan bland annat leda till problem med bemanning, vilket i sin tur kan innebära negativa konsekvenser avseende tillgänglighet, kontinuitet och patientsäkerhet. Det råder en nationell brist på psykiatriker och detta gäller även Region Värmland. Det finns också konkurrens om exempelvis psykologer och specialistsjuksköterskor. I granskningen av vuxenpsykiatrin framfördes bland annat följande förbättringsområden: Utveckla målsättningarna avseende tillgänglighet samt uppföljningen av tillgängligheten, upprätta kompetensförsörjningsplaner såväl på övergripande nivå som för verksamheten och tillse att ett strukturerat och sammanhållet arbete för produktions- och kapacitetsplanering sker inom psykiatrin.

Mot bakgrund av ovanstående har Region Värmlands revisorer beslutat att genomföra en granskning av vuxenpsykiatrin och rättspsykiatrin.

## **Bilaga 2: Revisionskriterier**

### **Kommunallagen (2017:725)**

I 6 kap. 6 § anges nämndernas ansvar för att var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnderna ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

### **Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)**

3 kap. Allmänt

1 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

5 kap. Verksamheten

1 § Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska:

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.

2 § Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

3 § Innan en ny diagnos- eller behandlingsmetod som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas, ska vårdgivaren se till att metoden har bedömts från individ- och samhällsetiska aspekter.

4 § Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

8 kap. Ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård

1 § Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Detsamma gäller i fråga om den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom regionen. Även i övrigt ska regionen verka för en god hälsa hos befolkningen. Lag (2019:973).

9 kap. Vårdgaranti

1 § Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap.

1 eller 2 §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,



2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

2 § Om regionen inte uppfyller garantin enligt 1 § 3 eller 4, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Lag (2019:973).

3 § Regionen ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Lag (2019:973).

### **Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80)**

6 kap. Vårdgaranti

1 § Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska innehålla en försäkran om att den enskilde får:

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),
2. besöka läkare inom primärvården inom 7 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver besöka läkare (besöksgaranti inom primärvården),
3. besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården), och
4. planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti).

### **Lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129)**

Lagen gäller den som:

1. efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård,
2. är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning,
3. är intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt eller
4. är intagen i eller skall förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på slutet ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken. Lag (2006:897).

Rättspsykiatrisk vård ges som slutet rättspsykiatrisk vård eller, efter sådan vård, som öppen rättspsykiatrisk vård. Vård som ges när patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning benämns slutet rättspsykiatrisk vård. Annan vård enligt denna lag benämns öppen rättspsykiatrisk vård.

### **Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128)**

Tvångsvård enligt denna lag ges som slutet psykiatrisk tvångsvård eller, efter sådan vård, som öppen psykiatrisk tvångsvård. Vård som ges när patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning benämns slutet psykiatrisk tvångsvård. Annan vård enligt denna lag benämns öppen psykiatrisk tvångsvård. Tvångsvården ska syfta till att sätta patienten i stånd

att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.

**Regionfullmäktiges mål och uppdrag**

Regionfullmäktiges mål och uppdrag för vuxenpsykiatrin med relevans för granskningen beskrivs i föreliggande rapport.

**Rekommendationer i 2017 och 2018 års granskning**

Rekommendationerna som riktades i 2017 och 2018 års granskning beskrivs i föreliggande rapport.

## Bilaga 3. Källförteckning

### Intervjupersoner

- ▶ Verksamhetschef - rättspsykiatri, 2023-05-03
- ▶ Verksamhetschef - verksamhetsutvecklare rättspsykiatri, 2023-05-03
- ▶ Verksamhetschef - psykiatrisk heldygnsvård, 2023-05-29
- ▶ Biträdande verksamhetschef - psykiatrisk heldygnsvård, 2023-05-29
- ▶ Enhetschef - psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Arvika, 2023-05-29
- ▶ Tillförordnande - enhetschef psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Karlstad, 2023-05-29
- ▶ Enhetschef - neuropsykiatriska mottagningen, 2023-05-29
- ▶ Enhetschef - psykiatrisk öppenvårdsmottagning fyra i Karlstad, 2023-05-29
- ▶ Enhetschef - psykiatrisk öppenvårdsmottagning Kristinehamn, 2023-05-29
- ▶ Verksamhetsstrateg - psykiatrisk öppenvård, 2023-05-29
- ▶ Verksamhets - psykiatrisk öppenvård, 2023-05-29
- ▶ Områdeschef – öppenvård, 2023-06-15
- ▶ HR-chef - hälso- och sjukvård, 2023-06-15
- ▶ Hälso- och sjukvårdsdirektör, 2023-06-15
- ▶ Ordförande - Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2023-06-27
- ▶ Första vice ordförande - Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2023-06-27
- ▶ Andra vice ordförande - Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2023-06-27

### Dokumentation

- ▶ Avvikelser rättspsykiatri, 2022
- ▶ Beskrivning av pilotprojekt - basår inom psykiatri, 2022
- ▶ Delårsrapport augusti psykiatrisk slutenvård, 2022
- ▶ Delårsrapport psykiatrisk öppenvård, 2022
- ▶ Flödesschema samordningsärenden hälso- och sjukvården, 2020
- ▶ Handlingsplan för kompetensutveckling psykiatrisk slutenvård, 2022
- ▶ Handlingsplan kompetensutveckling rättspsykiatri, 2023
- ▶ Hållbart medarbetarengagemang psykiatrisk öppenvård, 2022
- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämndens svar på granskning av psykiatri, 2018
- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämndens svar på granskning av rättspsykiatri, 2018
- ▶ Kompetensförsörjning rättspsykiatri
- ▶ Medarbetarenkät psykiatrisk slutenvård, 2023
- ▶ Medarbetarenkät rättspsykiatri, 2022
- ▶ Månadsuppföljning Hälso- och sjukvårdsnämnden, mars 2023
- ▶ Organisationskiss psykiatrisk öppenvård
- ▶ Organisationskiss rättspsykiatri
- ▶ Organisationsskiss Område öppenvård
- ▶ Organisationsskiss psykiatrisk slutenvård
- ▶ Patientsäkerhetsärenden psykiatrisk slutenvård, 2022
- ▶ Projektplan vårdinnehåll, 2020
- ▶ Riktlinjer för avvikelshantering Region Värmland, 2022
- ▶ Riktlinjer samverkan vid utskrivning från slutenvård i Värmland, 2022

- ▶ Rutin för avvikelshantering rättspsykiatri, 2020
- ▶ Rutin för Basal diagnostisk bedömning av personer med psykiatriska tillstånd, 2021
- ▶ Rutin för hantering av synpunkter och klagomål Region Värmland, 2022
- ▶ Rutin för nationella kvalitetsregistret rättspsykiatri, 2022
- ▶ Rutin för samordnad vårdplan, 2023
- ▶ Sjukfrånvaro och tillsvidareanställning rättspsykiatri
- ▶ Statistik avseende personalomsättning rättspsykiatri, 2022
- ▶ Statistik februari psykiatrisk slutenvård, 2023
- ▶ Tertialrapport 1 psykiatrisk slutenvård, 2023
- ▶ Uppdragsbeskrivning för verksamhetsutvecklare psykiatrisk slutenvård, 2023
- ▶ Verksamhetsplan Område öppenvård, 2023
- ▶ Verksamhetsplan psykiatrisk slutenvård, 2023
- ▶ Verksamhetsplan psykiatrisk öppenvård, 2023
- ▶ Verksamhetsplan rättspsykiatri, 2023
- ▶ Vårdprogram Schizofren, 2022
- ▶ Årsrapport psykiatrisk slutenvård, 2022
- ▶ Årsrapport rättspsykiatri, 2021
- ▶ Årsrapport rättspsykiatri, 2022

#### **Protokoll 2022**

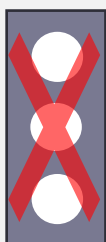
- ▶ Protokoll Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2022-02-01
- ▶ Protokoll Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2022-03-08
- ▶ Protokoll Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2022-04-05
- ▶ Protokoll Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2022-05-10
- ▶ Protokoll Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2022-06-14
- ▶ Protokoll Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2022-09-06
- ▶ Protokoll Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2022-09-27
- ▶ Protokoll Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2022-11-22
- ▶ Protokoll Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2022-12-13
- ▶ Protokoll Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2023-01-17
- ▶ Protokoll Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2023-02-14
- ▶ Protokoll Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2023-03-07
- ▶ Protokoll Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2023-04-18
- ▶ Protokoll Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2023-05-16
- ▶ Protokoll Hälsa- och sjukvårdsnämnden 2023-06-13

## Bilaga 4. Uppföljning av 2018 års granskning av vuxenpsykiatri

**Rekommendation 1:** Stärka uppföljningen av vårdgivardirektiven för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med lagstiftning och föreskrifter.

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 1 från 2018-10-23*

Landstingsstyrelsen delar revisionens rekommendation. Det har påbörjats ett övergripande arbete där vårdgivardirektiven ses över av en extern konsult. Detta arbete kommer att intensifieras när konsulten har avrapporterat slutrekommendationerna.



*Uppföljning rekommendation 1*

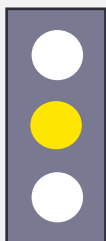
Enligt svar från verksamheten tillämpar regionen inte längre vårdgivardirektiv.

**Vi bedömer att rekommendationen inte längre är tillämplig.**

**Rekommendation 2:** Uppdra åt landstingsdirektören att skapa tydlighet i hur verksamheterna ska arbeta med registrering i nationella kvalitetsregister för psykiatri

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 2 från 2018-10-23*

Att arbeta med registrering i nationella kvalitetsregister ska vara en del av det dagliga arbetet. Genom att ta del av andra landstings och regioners resultat utvecklar den egna verksamheten och leder till en förbättring både vad gäller kvalitet mot patienterna och en kompetenshöjning hos personalen. För att arbetet med kvalitetsregister ska vara effektivt måste detta lyftas fram som en naturlig del av verksamhetens uppdrag och en del av kulturen. Den oberoende konsulten har i uppdrag att genomlys hela psykiatri, och då är det dagliga arbetet en del av hans uppdrag.



*Uppföljning av vidtagna åtgärder rekommendation 2*

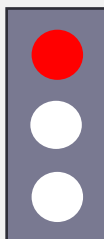
Av intervju med verksamheterna framgår att det endast sker en begränsad registrering i de nationella kvalitetsregistren. I intervju uppges att regionen valt att endast rapportera i vissa register på grund av att det har funnits svårigheter med att få ut statistik och användbar information från registerhållarna. Det framgår även att flera av de kvalitetsregister som verksamheterna tidigare rapporterat i numera lagts ner exempelvis PsykosR, kvalitetsregistret för bättre psykosvård och BUSA, kvalitetsregistret för uppföljning av ADHD-behandling. I intervju med den psykiatriska slutenvården uppges att verksamheten endast rapporterar i kvalitetsregistret för ECT.

**Vi bedömer att rekommendationen till viss del är beaktad.**

**Rekommendation 3:** Utveckla målsättningarna avseende tillgänglighet samt tydliggöra ambitionerna utifrån målsättningarna. Detta då nuvarande målsättning kan medföra vissa undanträngningseffekter genom att förstabesök prioriteras i alltför hög grad

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 3 från 2018-10-23*

Tillgänglighet och behandling är ett av landstingets prioriterade fokusområden. Landstingsstyrelsen ska ge verksamheten förutsättningar att arbeta för att uppnå de mål som landstingsfullmäktige beslutat. Landstingsstyrelsen tar därmed ett ansvar för helheten inom verksamheten och får kontinuerliga rapporter från verksamheten inom de områden som påverkar målen. Både vad gäller andel som väntat kortare än 90 dagar på ett förstabesök till specialiserad psykiatrisk vård samt andel förstabesök till barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar har de en indikatornivå på 100 procent. Dessa mål blir överdimensionerade när det inte är högtryck på vården och kostar därmed mycket personalresurser, denna variation på patienter ska därmed tas hänsyn till när resultaten redovisas. Vid ett första besök är det viktigt för personalen att ta ställning till vilka patienter som är akuta och vilka som kan vänta vilket leder till att djupare behandlingar får stå åt sidan när fokus är på första besöket. Som en del i den övergripande översynen av psykiatri ingår även att utveckla målsättningarna samt att utvärdera ambitionsnivåerna och samarbeten med övriga aktörer.



*Uppföljning av vidtagna åtgärder rekommendation 3*

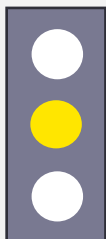
Som redovisats i avsnitt 5.3 har Hälso- och sjukvårdsnämnden inte utvecklat målsättningarna avseende tillgänglighet i enlighet med rekommendationen. Målformuleringen är i stort oförändrad jämfört med 2018 års granskning. Därtill har tillgängligheten till vuxenpsykiatri försämrats jämfört med 2018.

**Vi bedömer att rekommendationen kvarstår.**

**Rekommendation 4:** Utveckla uppföljning av tillgängligheten och utöver första besök även följa upp väntetider till utredning och behandling för alla verksamheter samt tillgängligheten för återbesök

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 4 från 2018-10-23*

Landstingsstyrelsen får delårsrapporter där tillgängligheten följs upp utifrån de mål som är satta i landstingsplanen. Dessa mål omfattar i första hand andelen förstabesök till både specialiserad psykiatrisk vård samt barn- och ungdomspsykiatri. Utöver dessa rapporter får även landstingsstyrelsen ta del av del årsrapporter om andelen påbörjade fördjupade utredningar i barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar samt andelen påbörjade behandlingar i barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar.



#### *Uppföljning av vidtagna åtgärder rekommendation 4*

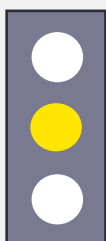
Som redovisats i avsnitt 5.3 har Hälso- och sjukvårdsnämnden inte utvecklat uppföljningen avseende tillgänglighet enlighet med rekommendationen. Inom verksamhetsområdet psykiatrisk öppenvård finns dock indikatorer avseende antal patienter som väntar på neuropsykiatrisk utredning och psykoterapeutisk behandling, vilket vi ser positivt på. Indikatorerna omfattar dock bara en viss del av verksamheten och saknar tydliga målvärden.

**Vi bedömer att rekommendationerna är till viss del beaktad.**

**Rekommendation 5:** Uppdra åt landstingsdirektören att fortsatt arbeta för att åtgärder vidtas för en sömlös vård och sammanhållen vårdkedja

#### *Regionstyrelsens svar på rekommendation 5 från 2018-10-23*

Landstingsstyrelsen delar revisionens rekommendation att fortsätta arbeta för en sömlös vård och sammanhållen vårdkedja. Det behövs ett större och närmre samarbete mellan slutenvård och öppenvård. Det finns flera överlappningar mellan psykiatri och primärvård. Vid tidigare kartläggningar är det framförallt tre områden som har prioriterats inom dessa verksamheter; sömlös vård, tillgänglighet och hyrläkare. För att uppnå en god vård måste flödet och behovet styra arbetet genom att verksamheterna identifierar sin roll i patientens flöde mellan olika verksamheter. Runtslussning av patienter är inte till gagn för någon och är kostsamt samtidigt som det är av vikt att det medicinska behovet säkerställs och att ineffektiva arbetsätt arbetas bort genom att gränssytor identifieras och diskuteras. I samband med den totala översynen av psykiatrin kommer även denna del att granskas av den oberoende konsulten.



#### *Uppföljning av vidtagna åtgärder rekommendation 5*

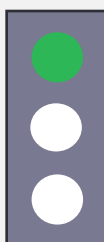
I intervjuer med den psykiatriska öppenvården respektive slutenvården framgår att samverkan vid utskrivningar är ett fortsatt förbättringsområde i synnerhet vid utskrivning från psykiatrisk slutenvård. Det beskrivs i intervju att öppenvården behöver få tillgång till patienten redan innan patienten skrivs ut för att kunna ge vård direkt vid utskrivning. För att skapa förutsättningar för ett smidigare vårdförlopp finns sedan början av 2023 avdelning 45 inom den psykiatriska slutenvården med fem dagvårdsplatser där patienten är tänkt att förberedas för utskrivning till öppenvården. I intervjuer lyfts även att det är en utmaning för öppenvården att klara av att ge patienter som har behandlats för suicid en uppföljningstid inom 72 timmar från utskrivning från den psykiatriska slutenvården.

**Vi bedömer att rekommendationerna är till viss del beaktad.**

**Rekommendation 6:** Uppdra åt landstingsdirektören att tillse ett strukturerat och sammanhållet arbete för produktions- och kapacitetsplanering inom psykiatri

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 6 från 2018-10-23*

I den aktuella översynen kommer dessa frågor att beaktas. För att kunna uppnå en kostnadseffektiv och mer jämlik vård måste produktionstal och bemanningstal bli en naturlig del av psykiatriens rutinplanering.



*Uppföljning av vidtagna åtgärder rekommendation 6*

I intervjuer uppges att det finns produktionsplaner både inom den psykiatriska slutenvården och den vuxenpsykiatriska öppenvården.

**Vi bedömer att rekommendationen är beaktad**

**Rekommendation 7:** Uppdra åt landstingsdirektören att säkerställa att det upprättas kompetensförsörjningsplaner såväl på övergripande nivå som för verksamheten

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 7 från 2018-10-23*

Landstingsstyrelsen delar revisionens åsikter om att det behöver utformas kompetensförsörjningsplaner på övergripande nivå och för verksamheten. De kompetensförsörjningsplaner som landstinget har sträcker sig fram till och med 2018. Arbetet med kompetensanalyserna kommer att påbörjas under hösten 2018 och beräknas vara färdiga i mars 2019. Arbetet med kompetensförsörjningsplaner är därmed under arbete och har föregåtts av att ta fram ett systematiskt arbetssätt för kompetensförsörjning. Arbetssättet ska processas i linjen innan beslut fattas. Behovet som verksamheterna beskriver ska integreras i planen.



*Uppföljning av vidtagna åtgärder rekommendation 7*

Så som redovisats i avsnitt 5.5 har regionen utarbetat en övergripande strategi för kompetensförsörjning. Utifrån den övergripande strategin har verksamhetsområdena inom vuxenpsykiatri utarbetat en handlingsplan för kompetensförsörjning.

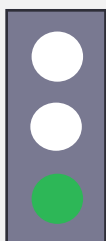
**Vi bedömer att rekommendationen är beaktad.**



**Rekommendation 8:** Uppdra åt landstingsdirektören att tillse ett mer sammanhållet arbetssätt för att hantera den personalbrist som råder mer eller mindre inom samtliga verksamheter inom vuxenpsykiatri

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 8 från 2018-10-23*

Övergripande strategier för att rekrytera personal finns bland annat i landstingets kommunikationsplattform. Rekryteringsstrategin är att varje rekrytering ska hanteras med hög kvalitet. En tydlig process för rekrytering är framtagen som ska bidra till att varje rekrytering utförs professionellt. En strategi för att behålla medarbetare är att tydliggöra karriärvägar och möjligheter till kompetensutveckling. Karriärutvecklingsmodeller för i första hand bristyrkesgrupper ska arbetas fram. I nuläget är det påbörjat för sjuksköterskor. En del i strategin för kompetensutveckling är en relativt nybildad organisation, kunskapscentrum. Sedan flera år tillbaka har landstingsstyrelsen satsat studieförmåner för att studera vidare till specialistsjuksköterska med inriktning psykiatri. Psykiatri har i nuläget nio medarbetare som läser till specialistsjuksköterska med inriktning psykiatri, fyra startade under hösten 2017 och fem startade hösten 2018. Samtliga har en utbildningstjänst och har bibehållen lön. Denna investering är en strategisk satsning för att tillföra verksamheten den kompetens det finns ett stort behov av. En annan strategisk satsning är samarbetet med Karlstads universitet och psykologprogrammet som startade 2015.



*Uppföljning av vidtagna åtgärder rekommendation 8*

Så som redovisats i avsnitt 5.5 har regionen utarbetat en övergripande strategi för kompetensförsörjning.

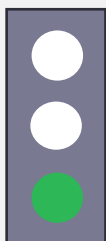
**Vi bedömer att rekommendationen är beaktad.**

## Bilaga 5. Uppföljning av 2017 års granskning av rättspsykiatri

**Rekommendation 1:** Säkerställa att de övergripande styrdokumenterna för det systematiska kvalitetsarbetet är aktuella och ger stöd för verksamhetens arbete.

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 1 från 2018-09-18*

Vårdgivar direktivet för arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utgår från förhållandena under landstingets tidigare organisation. Direktivet upphörde att gälla den 30 april 2018. Landstinget står inför en större organisationsförändring i och med regionbildningen som träder i kraft vid årsskiftet 2018/19, något som kommer att medföra en översyn av styrande dokument överlag. I samband därmed kommer även ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete att ses över. Revisorernas synpunkter kommer därvid att beaktas.



*Uppföljning av vidtagna åtgärder rekommendation 1*

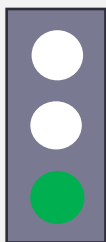
Inom området hälso- och sjukvård finns en riktlinje för det systematiska kvalitetsarbetet. Riktlinjen fastställdes av hälso- och sjukvårdsdirektören i april 2023 och beskriver ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet. Inom rättspsykiatri finns även en handbok för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas inom verksamheten.

**Vi bedömer att rekommendationen är beaktad.**

**Rekommendation 2:** Tillse att det upprättas lokala rutiner för det systematiska förbättringsarbetet samt att förbättringsarbetet dokumenteras

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 2 från 2018-09-18*

Verksamhetschefen ansvarar för det systematiska kvalitetsarbetet inom sitt verksamhetsområde. Till stöd för verksamhetschefens arbete ska det finnas landstingsövergripande riktlinjer för bland annat riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser. Giltiga riktlinjer saknas i vissa delar, vilket innebär att ansvaret för olika arbetsuppgifter inte är tydligt fördelat. Verksamheten har tillsatt en tjänst med uppgift att bland annat ansvara för övergripande kvalitetsuppföljning. Rutin för hantering av avvikelser har implementerats. Styrande dokument kommer att upprättas alternativt revideras.



*Uppföljning rekommendation 2*

Verksamhetschef för rättspsykiatri har fastställt en handbok för det systematiska förbättringsarbete inom rättspsykiatri. Handboken beskriver hur verksamhetens förbättringsarbete ska bedrivas inom rättspsykiatri. Av handboken framgår att förbättringsarbetet är indelat i fyra faser. Faserna utgörs av att planera, göra, studera och lära. Handboken beskriver även processen för bland annat avvikelshantering, journalgranskning, uppföljning tvångsvårdslagstiftning hantering av klagomål och synpunkter från patienter, samverkan med brukarorganisationer, rapportering i kvalitetsregister,

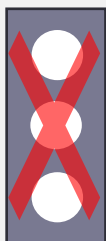
rapportering och användning av psykiatri i siffror, resultatet av patientnämndens uppföljning och Gröna korset.

**Vi bedömer att rekommendationen är beaktad.**

**Rekommendation 3:** Stärka uppföljningen av vårdgivardirektiven för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med lagstiftning och föreskrifter

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 4 från 2018-09-18*

Det har redan tidigare uppmärksammats att uppföljningen av vårdgivardirektiven inte fungerar tillfredsställande och att den därmed inte ger landstingsstyrelsen tillräcklig information om hur verksamheterna lever upp till kraven i direktiven och författningarna. Därför pågår sedan något år tillbaka ett arbete med att förbättra vårdgivarens styrning och uppföljning av verksamheterna generellt.



*Uppföljning rekommendation 3*

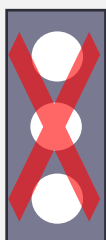
Enligt svar från rättspsykiatri använder regionen inte längre vårdgivardirektiven.

**Vi bedömer att rekommendationen inte längre är tillämplig.**

**Rekommendation 4:** Tillse att verksamheten löpande granskas av extern granskare i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 4 från 2018-09-18*

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, ställs det sedan den 1 april 2014 inte längre krav på extern granskning av verksamheten. Verksamhetschefen ska dock fortsatt ansvara för att verksamheten granskas regelbundet. Vårdgivardirektivet innehåller däremot alltjämt ett krav på att granskningen ska vara extern, vilket därför kommer att följas upp.



*Uppföljning rekommendation 4*

Av svar från verksamheten framgår att vårdgivardirektiven sedan 2018 inte längre tillämpas inom Region Värmland. Det föreligger därmed inga formella krav på extern granskning av verksamheten. Frågan om extern granskning har dock diskuterats i det rättspsykiatriska nätverket samt grenrådet där Sjukvårdsregion Mellansverige ingår.

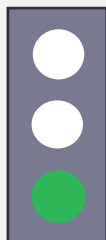
**Vi bedömer att rekommendationen inte längre är tillämplig.**

**Rekommendation 5:** Tillse att uppföljning, analys och sammanställning av avvikelser sker i enlighet med riktlinjen för avvikelshantering

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 5 från 2018-09-18*

Det föreskrivna arbetssättet i den beslutande och gällande riktlinjen för avvikelshantering kommer att implementeras i verksamheten. I samband med bildandet av Region Värmland kommer riktlinjen revideras med hänsyn till tillkommande verksamhetsområden.

*Uppföljning rekommendation 5*



Rättspsykiatri har upprättat en rutin för avvikelshantering som beskriver processen för hantering av avvikelser. Enligt rutinen ska avvikelserapportering ske i regionens avvikelserapporteringssystem AHA. Anställda inom rättspsykiatri ansvarar för identifiering och rapportering av avvikelser i systemet. Chefer inom rättspsykiatri ansvarar för analys, åtgärd, uppföljning och återföring av avvikelser. Verksamhetsutvecklare inom rättspsykiatri ansvarar för sammanställning av det totala antalet rapporterade avvikelser. Av rapporteringen framgår att 169 avvikelser rapporterats i AHA under 2022.

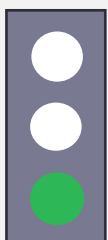
**Vi bedömer att rekommendationen är beaktad.**

**Rekommendation 6:** Se över hur uppföljning sker av väsentliga nyckeltal för den rättspsykiatriska verksamheten

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 6 från 2018-09-18*

Jämförelsen med andra vårdgivare via kvalitetsregister är viktig för verksamhetens kvalitet och planering. Redovisning av väsentliga nyckeltal kommer att ses över.

*Uppföljning rekommendation 6*



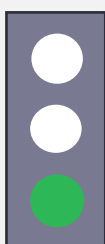
Uppföljning av väsentliga nyckeltal sker främst genom Nationella kvalitetsregistret för rättspsykiatri (RättspsyK) där Region Värmland rapporterar och följer upp nyckeltal bland annat avseende andelen patienter i rättspsykiatrisk vård med fetma, andelen patienter som återfallit i brottslighet och patienternas upplevda fysiska och psykiska hälsa.

**Vi bedömer att rekommendationen är beaktad.**

**Rekommendation 7:** Tillse att det upprättas lokala handlingsplaner för rättspsykiatri avseende samverkan med kommunerna i enlighet med den övergripande överenskommelsen avseende personer med psykisk funktionsnedsättning

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 7 från 2018-09-18*

Ett arbete kommer att initieras för att ta fram handlingsplaner på lokal nivå avseende samverkan beträffande patienter inom rättspsykiatri.



*Uppföljning rekommendation 7*

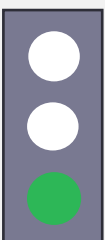
Region Värmland har tillsammans med kommunerna inom regionen upprättat en rutin för utskrivning från den psykiatriska slutenvården. Rutinen gäller från 2022-06-03 och beskriver processen och ansvar för utskrivning till rättspsykiatrisk öppenvård.

**Vi bedömer att rekommendationen är beaktad.**

**Rekommendation 8:** Tillse att det upprättas dokumenterade rutiner för arbetet med utslussning till rättspsykiatrisk öppenvård

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 8 från 2018-09-18*

Det sker löpande samverkan med kommunerna i Värmland i samband med utslussning till rättspsykiatrisk öppenvård. Arbetssättet är dock inte dokumenterat enligt gällande regler som gäller för styrande dokument inom landstinget. Rättspsykiatriska verksamheten planerar därför att upprätta giltiga och dokumenterade rutiner för arbetet med utslussning.



*Uppföljning rekommendation 8*

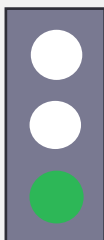
Region Värmland har utarbetat ett flödesschema som beskriver processen för samordningsärenden inom rättspsykiatri. I flödesschemat beskrivs på ett ingående vis processen för patientens övergång till rättspsykiatrisk öppenvård.

**Vi bedömer att rekommendationen är beaktad.**

**Rekommendation 9:** Säkerställa att det upprättas kompetensförsörjningsplaner såväl på övergripande nivå som för verksamheten

*Regionstyrelsens svar på rekommendation 9 från 2018-09-18*

För närvarande arbetar landstingets HR-avdelning med att ta fram en process för strategisk kompetensförsörjning. Arbetet beräknas vara färdigt under senare delen av hösten 2018 och kommer att ligga till grund för en övergripande kompetensförsörjningsplan. Kompetensförsörjningsplanen innefattar befintlig personals behov av utbildning på kort och lång sikt, samt behov av nyrekrytering. Rättspsykiatriska verksamheten avser att upprätta dokumenterad kompetensförsörjningsplan på lokal nivå.



*Uppföljning rekommendation 9*

Av dokumentation framgår att rättspsykiatrin genomfört en kompetensanalys för att kartlägga personalbehovet samt att en handlingsplan för kompetensutveckling har upprättats för år 2023. Handlingsplanen innehåller en beskrivning av kompetensbehov, aktiviteter som ska genomföras, slutdatum för aktiviteten, ansvarig chef och datum för uppföljning.

**Vi bedömer att rekommendationen är beaktad.**