

Granskning av samverkan avseende barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser

Dnr: Rev 32-2014

Genomförd av: EY

Behandlad av Revisorskollegiet den 20141119

Västra Götalandsregionen

Granskning av samverkan avseende barn
och unga med neuropsykiatriska diagnoser



Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	4
2.1. Bakgrund.....	4
2.2. Syfte och revisionsfrågor	4
2.3. Avgränsning	5
2.4. Ansvariga styrelser.....	5
2.5. Revisionskriterier.....	5
2.6. Metod.....	6
2.7. Projektorganisation.....	6
2.8. Begreppsförklaringar	7
3. Styrning, reglering och riktlinjer avseende samverkan.....	8
3.1. Reglering av samverkan.....	8
4. Teoretiska utgångspunkter avseende samverkan	12
4.1. Samverkan som begrepp	12
4.2. Våra utgångspunkter för bedömning av samverkan.....	12
5. Samverkan kring barn och ungdomar med neuropsykiatriska diagnoser	15
5.1. Samverkan kring målgruppen.....	15
5.2. Omfattning och utveckling av målgruppen inom granskade enheter	16
5.3. Vårdcentraler.....	19
5.4. Barn- och ungdomspsykiatri	24
5.5. Barn- och ungdomshabiliteringen	28
5.6. Bedömning.....	32
6. Samlad bedömning	36
6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna	36
6.2. Slutsats och rekommendationer	37
Bilaga 1: Förteckning över intervjupersoner samt utvalda enheter	39
Bilaga 2: Litteratur och dokumentförteckning	42
Bilaga 3: Generell beslutsgång för RMR.....	44

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av revisorerna i Västra Götalandsregionen (VGR) genomfört en granskning av samverkan avseende barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser. Granskningen syftade till att bedöma hur berörda styrelser säkerställer att den samverkan som bedrivs kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser sker i enlighet med regionens riktlinjer.

Granskningen har avgränsats geografiskt till Göteborg och Södra Bohuslän och omfattar verksamheten som bedrivs inom Primärvårdsstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus samt styrelsen för Habilitering & Hälsa. Granskningen avser ett urval av de verksamheter som hantear barn och ungdomar med neuropsykiatriska diagnoser. Urvalet och intervjuade personer framgår av bilaga 1.

Samverkan är starkt reglerad kring barn och ungdomar med neuropsykiatriska diagnoser och lyfts fram i såväl lagar och föreskrifter som i interna styrdokument och riktlinjer i VGR. Granskningen visar att det finns en god medvetenhet om vikten av samverkan och de dokument som styr området. Samtidigt visar granskningen att det finns ett stort glapp mellan vad som uttrycks avseende samverkan i olika lagar, föreskrifter och styrdokument och vilka förutsättningar som finns att uppfylla denna samverkan i yrkesvardagen. Det finns i varierande utsträckning former för samverkan mellan Barn- och ungdomspsykiatri (BUP), Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH), Barn- och ungdomsmedicin (BUM) samt Vårdcentralerna (VC) och samverkan upplevs fungera olika såväl inom som mellan geografiska områden. Vi bedömer att ansvaret mellan de granskade aktörerna, BUP, BUH och VC, för närvarande är mycket otydligt. Detta dels med tanke på processen och otydligheterna kring den nya regionala medicinska riktlinjen (RMR), dels mot bakgrund av att nuvarande riktlinjer bara delvis har ersatts av en ny RMR.

Enligt kommunallagen skall respektive styrelse ansvara för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Vi bedömer att de brister som framkommit avseende samverkan och ansvarsgränser samt kring implementeringen och följsamheten till den regionala medicinska riktlinjen innebär att samtliga av de granskade styrelserna inte har fullgjort sitt ansvar enligt KL 6 kap. 7 §. Vi bedömer att granskade styrelser snarast bör klargöra hur samverkan kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser ska bedrivas. Med hänsyn till de oklarheter som föreligger i styrning och ansvar bedömer vi att regionstyrelsen, utifrån sin uppsiktsplikt enligt KL 6 kap. 1 §, samt hälso- och sjukvårdsnämnderna, som beställare, snarast bör ta ett tydligare ansvar för att klargöra roller, ansvar samt följsamheten till beslutade riktlinjer avseende vården av barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser.

För att realisera den konsultationsmodell som finns beskriven i 2009 års riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med neuropsykiatriska diagnoser anges att det behövs utbildningsinsatser inom respektive verksamhet. Utbildningsinsatserna som ska ske inom verksamheterna finns specificerade i bilagorna till riktlinjen. Granskningen visar att konsultationsmodellen är relativt okänd och att majoriteten av utbildningsinsatserna inte genomförts. Sammantaget konstaterar vi att det funnits goda ambitioner men att glappet mellan styrdokument och praktik är omfattande. Vi bedömer att granskade styrelser i högre utsträckning behöver tillse att kompetensutveckling genomförs i enlighet med beslutade riktlinjer för att kunna samverka på det sätt som det är tänkt.

Vår sammanfattande slutsats utifrån granskningens syfte och revisionsfrågor är att granskade styrelser inte säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll avseende hur samverkan kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser bedrivs. Vidare bedömer vi att granskade styrelser visar bristande följsamhet till beslutade riktlinjer.

Utifrån våra utgångspunkter för bedömning av samverkan visar granskningen att det sammantaget finns betydande förbättringsområden som granskade styrelser behöver vidta inom områdena styrning, struktur och samsyn. Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi Primärvårdstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus samt styrelsen för Habilitering & Hälsa att:

- ▶ Snarast klargöra hur samverkan kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser ska bedrivs.
- ▶ Tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med RMR och de riktlinjer som finns avseende samverkan kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser.
- ▶ Prioritera arbetet med att utveckla en gemensam förståelse och tolkning av styrande dokument och riktlinjer för att uppnå en större samsyn inom området.
- ▶ Tillse att kompetensutveckling genomförs i enlighet med beslutade riktlinjer för att kunna samverka på det sätt som det är tänkt.

Med hänsyn till de oklarheter som föreligger i styrning och ansvar vill vi även rikta en rekommendation till regionstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnderna. Vi rekommenderar att regionstyrelsen, utifrån sin uppsiktsplikt enligt KL 6 kap. 1 § samt hälso- och sjukvårdsnämnderna, som beställare, snarast bör ta ett tydligare ansvar för att klargöra roller, ansvar samt följsamheten till beslutade riktlinjer avseende vården av barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Organisationen kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser¹ är komplex och bygger på samverkan. Målgruppen är heterogen och innefattar både personer som är högfungerande och personer med mycket stora kognitiva och beteendemässiga svårigheter som kan ha både omfattande och olikartade behov. Av det följer utmaningen för regionens verksamheter att samverka. Kravet på samverkan återfinns i såväl lagar och föreskrifter på nationell nivå som i regionala styrdokument. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) framgår att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Det finns även en rad regionala styrdokument som reglerar samverkan, både mellan vårdgivare inom regionen och mellan regionen och externa aktörer, som exempelvis kommunerna². Denna styrning beskrivs på en övergripande nivå i en förstudie som genomförts av revisionsenheten i VGR under 2014. Av förstudien framkommer bland annat att det finns indikationer på att samverkan brister, särskilt mellan vårdcentraler (VC) och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) samt mellan barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) och BUP.

Regionstyrelsen fick i samband med budget 2013 i uppdrag att göra en översyn av vården av barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser. Under 2013 gavs även ett uppdrag till RS om en översyn av ansvarsfördelningen mellan BUP och VG Primärvård. Båda uppdragen syftar till att förbättra samverkan och därmed bidra till att diagnoser kan ställas i tid och att kontakten med vården kan förenklas. Ett av uppdragen har resulterat i nya medicinska riktlinjer, beslutade 2014-06-18 av hälso- och sjukvårdsdirektören, medan översynen av ansvarsfördelningen mellan BUP och VG Primärvård fortfarande är pågående.

Vid de förtroendevalda revisorernas möten med styrelsen för Habilitering & Hälsa har det framkommit att det finns risk att samverkan brister samt att nuvarande insatser och utredningsuppdrag inte är tillräckliga för att säkerställa en ändamålsenlig vård framöver. Styrelsen för beställd primärvård beskriver i sin tur problem med tillgängligheten inom psykiatri. Styrelsen menar att de otillräckliga resurserna inom psykiatri gör att det inte finns möjlighet att ta emot samtliga patienter som primärvården bedömer behöver mer specialiserad vård. Mot bakgrund av detta bedömer revisorerna att det är av vikt att genomföra en granskning av hur Primärvårdsstyrelsen (avseende VC), styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (avseende BUP), styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus (avseende BUP) samt styrelsen för Habilitering & Hälsa (avseende BUH) säkerställer att det finns en väl fungerande samverkan, i enlighet med regionens styrdokument, kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att belysa om samverkan mellan såväl VC och BUP som mellan BUH och BUP sker i enlighet med regionens styrdokument. Detta med fokus på om kompetensutveckling

¹ För närmare definition av målgruppen se avsnitt 2.3 Avgränsning

² Ett utvecklat samarbete – riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder (Dnr RSK 341-2006) samt Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri (Dnr RSK 341-2006). Se vidare genomförd förstudie för ytterligare kompletterande styrdokument.

sker i tillräcklig utsträckning samt om konsultationsmodellen tillämpas i enlighet med regionens riktlinjer.

Den övergripande revisionsfrågan som ska besvaras i granskningen är:

- ▶ Hur säkerställer berörda styrelser att den samverkan som bedrivs kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser sker i enlighet med regionens riktlinjer?

Den övergripande revisionsfrågan har brutits ned i följande delfrågor:

- ▶ Hur säkerställer Primärvårdsstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus samt styrelsen för Habilitering & Hälsa att kompetensutveckling sker i enlighet med regionens riktlinjer?
- ▶ Hur säkerställer styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus samt styrelsen för Habilitering & Hälsa att konsultationsmodellen tillämpas i enlighet med regionens riktlinjer?
- ▶ Hur säkerställer Primärvårdsstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus samt styrelsen för Habilitering & Hälsa att samverkan i övrigt sker i enlighet med regionens riktlinjer och de intentioner som där uttrycks?

2.3. Avgränsning

Granskningen avgränsas geografiskt till Göteborg och Södra Bohuslän och omfattar verksamheten som bedrivs inom Primärvårdsstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus samt styrelsen för Habilitering & Hälsa. Granskningen avser ett urval av de verksamheter som hanterar barn och ungdomar med neuropsykiatriska diagnoser. Granskningen har genom uppdragsgivaren avgränsats till VC, BUP och BUH.

Målgruppen barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser innefattar barn och unga med diagnoserna autism, atypisk autism, aspergers syndrom och ADHD/DCD³.

2.4. Ansvariga styrelser

Ansvariga styrelser är Primärvårdsstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus samt styrelsen för Habilitering & Hälsa.

2.5. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas ifrån lagar

³ Definitionen av målgruppen är hämtad från "Förstudie: Är samverkan avseende barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser ändamålsenlig?". Revisionsenheten 2014-03-19

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:

- ▶ Hälsa- och sjukvårdslagen
- ▶ Kommunallagens 6 kap. 7 §
- ▶ Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
- ▶ Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- ▶ Ett utvecklat samarbete – riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder (2009, rev. 2010).
- ▶ Gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdomar med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik (Västbus)
- ▶ Regional medicinsk riktlinje för den neuropsykiatriska vården av barn och unga (2014-06-18)
- ▶ Regional medicinsk riktlinje för ADHD, barn och ungdomar (2012-2014)
- ▶ Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri, oktober 2007
- ▶ Överenskommelse mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra götalandensregionen om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning (2011-11-03)

Revisionskriterierna beskrivs ytterligare i avsnitt 3.

2.6. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer. Förteckning över genomförda intervjuer och granskade dokument framgår av bilaga 1 och bilaga 2. Urvalet är bestämt av uppdragsgivaren och kan betecknas som ett ändamålsenligt urval, det vill säga att de funktioner och enheter som är utvalda har eller är tänkta att ha samverkan kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser. De enheter som är utvalda har identifierats genom de inledande intervjuerna och valts utifrån geografiska områden, för att i möjligaste mån få enheter som samverkar med varandra. Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten. Avseende intervjuade enheter har rapporten skickats ut till intervjuade chefer som har ansvarat för vidarebefordran och avstämning med intervjuade medarbetare.

2.7. Projektorganisation

Erik Söderberg och Cecilia Svensson har varit granskningsledare och ansvarat för samtliga moment i granskningen. Cecilia Svensson ersattes från mitten av september av Ida Brorsson. Granskningen har genomförts i nära samarbete med revisionsenheten där Liz Aspebo

har varit projektledare. Vid intervjuer med granskade enheter har Liz Aspebo eller Thomas Vilhelmsson deltagit från revisionsenheten. När inte Liz eller Thomas har kunnat delta har de ersatts av Dejan Gaspar eller Max Törnqvist från EY. Kvalitetssäkringen från EY har genomförts av Ulrika Berling. Revisorskollegiets kontaktrevisorer för denna granskning har varit Torsten Gunnarsson och Bernt Sabel, vilka har deltagit vid intervjuer med granskade styrelser.

2.8. Begreppsförklaringar

För att förenkla texten och underlätta läsningen av rapporten används följande förkortningar:

ADHD - *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*⁴

AST – *Autismspektrumtillstånd*⁵

BHV - *Barnhälsovårdspsykolog*

BNK – *Enheten för barnneuropsykiatri vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus*

BUH – *Barn- och ungdomshabiliteringen*

BUM – *Barn- och ungdomsmedicin*

BUP – *Barn- och ungdomspsykiatri*

BVC - *Barnvårdscentral*

GAF – *Global funktionsskattningsskala*⁶

HSD – *Hälso- och sjukvårdsdirektör*

HSA - *Hälso- och sjukvårdsavdelningen*

HSL – *Hälso- och sjukvårdslagen*

HSN - *Hälso- och sjukvårdsnämnder/-na*

HSU - *Hälso- och sjukvårdsutskottet*

KBT – *Kognitiv beteendeterapi*

KL - *Kommunallagen*

Regionen/VGR - *Västra Götalandsregionen*

RMR – *Regional medicinsk riktlinje*

RS – *Regionstyrelsen*

SU – *Sahlgrenska Universitetssjukhuset*

VC – *Vårdcentraler*

Västbus – *Barn- och ungdomssamverkan i Västra Götaland*⁷

⁴ ADHD är ett samlingsnamn som omfattar ADD och DAMP. ADD är ADHD utan hyperaktivitet med tyngdpunkt på uppmärksamhetsproblem. DAMP är ADHD i kombination med DCD -Developmental Coordination Disorder. DCD kännetecknas av stora motorikproblem och ibland perceptionsproblem

⁵ Autismspektrumtillstånd är ett samlingsnamn för flera olika tillstånd med gemensamma begränsningar inom de tre områdena social interaktion, kommunikation och föreställningsförmåga. Autismspektrumet omfattar diagnoserna autism, Aspergers syndrom, atypisk autism och desintegrativ störning.

⁶ Skala 1-100 där skattning 100 innebär synnerligen god funktionsförmåga. Beaktar psykologisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga längs ett hypotetiskt kontinuum, där psykisk ohälsa respektive psykisk sjukdom utgör de bägge delarna. Inkluderar ej sådan funktionsnedsättning som beror på somatiska begränsade faktorer eller på yttre begränsade faktorer

⁷ En överenskommelse om samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunerna i Västra Götalandsregionen

3. Styrning, reglering och riktlinjer avseende samverkan

I detta kapitel utvecklas granskningens revisionskriterier och det sker en beskrivning av de huvudsakliga styrdokument och riktlinjer för samverkan som finns avseende målgruppen inom VGR.

3.1. Reglering av samverkan

Samverkan regleras på flera sätt och på olika nivåer, dels i lagstiftning och föreskrifter, dels i mål- och policydokument och riktlinjer som antagits inom VGR samt mellan VGR och andra parter.

3.1.1. Lagstiftning och föreskrifter

I lagstiftningen och de föreskrifter som styr hälso- och sjukvårdens verksamhet regleras på olika sätt att samverkan ska ske. Sammantaget anges att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (HSL § 2a) samt att aktörerna gemensamt ska upprätta individuella planer då den enskilde har behov av det (HSL 3 f, 8 a §§ samt LSS 6, 10 §§). I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) anges vidare att hälso- och sjukvården är skyldiga att identifiera processer där samverkan behövs för att förebygga att patienten drabbas av vårdskada. För en utförligare beskrivning av lagkraven hänvisas till revisionsenhetens förstudie: *Är samverkan avseende barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser ändamålsenlig?* (2014-03-19).

I KL 6 kap. 1 § anges att "Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av kommunens eller landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet." I kommentarerna till KL uppges att styrelsen har en särställning bland nämnderna genom att lagstiftaren förutsätter att den har en ledande och samordnande roll. Vidare anges att KL inte ger styrelsen några extrema maktmedel utan att uppsikten i princip anses vara begränsad till en rätt att göra påpekanden, lämna råd och anvisningar samt, om det är nödvändigt, se till att fullmäktige i sin egenskap av högsta beslutande organ ingriper. När det gäller regler och riktlinjer för samverkan innebär detta att regionstyrelsen ytterst ska tillse att beslutade riktlinjer avseende vården av barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser följs.

3.1.2. Styrdokument och riktlinjer för samverkan inom VGR

Det finns en rad styrdokument och riktlinjer inom VGR som på olika sätt reglerar hur samverkan ska ske samt olika aktörers ansvarsområden och uppgifter. Dokumenten är antagna på olika nivåer i organisationen och reglerar i olika detaljgrad hur samverkan ska ske.

I tabellen nedan åskådliggörs en sammanfattning av de styrdokument och riktlinjer som berör samverkan kring målgruppen:

Styrdokument	Antaget	Giltighetstid	Innehåll	Uppföljning
RMR Ansvarsfördelning och samverkan mellan BUM, BUP och BUH	2014-06-18 av hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD-A 28-2014)	Giltig till maj 2016	Ansvarsfördelning och samverkan	Förvaltningschef är ansvarig för implementering och årlig uppföljning. Sektorsråden i barn- och ungdomssjukvård och barn- och ungdomspsykiatri ska tillse att behovet av kompetensutveckling tillgodoses samt att uppföljning sker via gemensamma möten
RMR ADHD barn och ungdomar	2012 av hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD-D § 14-2012)	Giltig till september 2014	Vårdprogram samt ansvarsnivåer i vårdkedjan vid diagnostik och behandling	Förvaltningschef för berörda verksamheter ansvarar för följsamhet. Uppföljning sker vartannat år av sektorsrådet i barn- och ungdomspsykiatri i dialog med andra berörda sektorsråd
Västbus - Gemensamma riktlinjer för kommunerna och VGR om samverkan avseende barn och ungdomar med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik	Reviderade riktlinjer 2012 antagna av regionstyrelsen	Anges ej	Förtydligande av ansvar mellan bas- och specialistnivå samt riktlinjer för samverkan i individärenden	Uppföljning sker via särskild inrättad organisation med styrgrupp, delregional ledningsgrupp och lokala västbusgrupper. Avvikelsesrapporter ska upprättas i ärendena vid bristande följsamhet och oenighet
Överenskommelse mellan kommunerna i VGR och regionen om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning	Antagen 2011-11-03.	Tillsvidare	Ansvarsområden för kommunerna och regionen samt riktlinjer för samarbete och samordning, exempelvis vårdplanering	Avvikelsesrapporter ska upprättas och årligen sammanställas på lokal samt delregional nivå. Överenskommelsen och riktlinjerna ska följas upp årligen. En särskild struktur för samverkan har beslutats på regional, delregional och lokal nivå
Ett utvecklat samarbete – Riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder	Antagna november 2009 av hälso- och sjukvårdsutskottet. Reviderade september 2010	Har delvis ersatts av en ny RMR	Tydliggörande av ansvarsgränser, konsultationsmodeller mellan verksamheter samt behov av kompetensutveckling för BUP, BUH, BUM och primärvården	Framgår ej ansvar för implementering och uppföljning
Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri	Antagen av regionfullmäktige oktober 2007, § 174		Utvecklingsplan. Bl.a. beskrivning av nuläge, önskvärt läge 2012 samt åtgärder avseende utredning och behandling, samverkan mellan BUP och andra aktörer exempelvis primärvården samt ansvarsgränser mellan bas- och specialistnivån	Framgår ej ansvar för implementering och uppföljning

Som framgår av tabellen har delar av styrdokumentet gått ut och nya regionala medicinska riktlinjer har nyligen antagits och är under framtagande.

Pågående revidering av riktlinjer under granskningens genomförande

Under 2013 fick regionstyrelsen i uppdrag av regionfullmäktige att genomföra en översyn av den neuropsykiatriska vården av barn och unga. Översynen sammanföll med behovet av en revidering av riktlinjerna: *Ett utvecklat samarbete – Riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder.*

Bakgrunden till översynen var att behovet av utredning och långtidsbehandling av barn och ungdomar med ADHD och AST har ökat och fortsätter att öka. För att ge möjlighet till god vård i rätt tid bedömdes det finnas behov av att anta en ny regional medicinsk riktlinje (RMR) för vården av de aktuella patientgrupperna. Syftet med uppdraget var att tydliggöra ansvarsfördelning, konsultationsordning och samverkan mellan de verksamheter inom VGR som möter barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionshinder (huvudsakligen ADHD och autismspektrumtillstånd) för att förbättra tillgängligheten till utredning och behandling samt för att förenkla patientens kontakt med vården. Uppdraget att genomföra översynen gavs till medicinska sektorsrådet i barn- och ungdomspsykiatri tillsammans med sektorsrådet i barn- och ungdomssjukvård och barn- och ungdomshabiliteringen. I uppdraget ingick även att beskriva implementeringen av riktlinjen.

Under hösten 2013 remissbehandlades ett förslag till RMR samt tillhörande konsekvensbeskrivning. Av konsekvensbeskrivningen framgår att den nya ansvarsfördelningen medför en omfördelning av patienter mellan verksamheterna och att detta under implementeringsfasen på grund av kapacitetsbrist kan försvåra att ge vård i rätt tid och med rätt kompetens. Vidare anges att det utökade uppdraget för BUP och BUM avseende patienter med AST kan medföra undanträngningseffekter. Hur dessa risker ska hanteras anges inte i konsekvensbeskrivningen. I beskrivningen anges vidare att den regionala medicinska riktlinjen inte förutsätter någon omorganisering av berörda verksamheter men däremot att det ställer stora krav på verksamheterna att samverka för att tillgodose patientens behov. Riktlinjen bedömdes sannolikt inte medföra någon kostnadsökning för regionen. Dock anges att det kan innebära kostnadsförändringar inom enskilda verksamheter. I konsekvensbeskrivningen anges en sammanfattning av vad riktlinjen innebär och de huvudsakliga förändringarna jämfört med tidigare riktlinje:

ADHD

- BUP ansvarar för utredning och behandling för åldersgruppen 0-17 år med ADHD
- BUM:s ansvar för barn och ungdomar med ADHD förändras till att identifiera misstänkta fall under 6 års ålder

AST

- BUM får ett utökat ansvar för barn med misstänkt AST under 6 års ålder
- BUP:s ansvar utökas till att omfatta barn över 6 års ålder med AST utan generell kognitiv funktionsnedsättning
- BUH: ansvar för barn över 6 års ålder begränsas till dem med AST och generell kognitiv funktionsnedsättning

Den 18 juni 2014 beslutade hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD-A 28-2014) att fastställa en ny RMR angående ansvarsfördelning och samverkan mellan BUM, BUP samt BUH i den neuropsykiatriska vården av barn och unga. Riktlinjen är giltig till och med maj 2016. I beslutet anges att förslaget har tillstyrkts av regionens Program- och prioriteringsråd.

I den RMR anges att denna RMR tillsammans med RMR *Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri* ersätter de tidigare riktlinjerna *Ett utvecklat samarbete – Riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder*. Granskningen visar att den nämnda riktlinjen avseende ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri ännu inte antagits. Enligt uppgift från primärvårdscheferna har sektorsrådet i Allmänmedicin sagt nej till den nya riktlinjen på grund av att VC enligt förslaget ska ha ett större ansvar för utredning och behandling. Enligt hälso- och sjukvårdsavdelningen (HSA) ska en reviderad konsekvensbeskrivning utarbetas av sektorsrådet i Allmänmedicin och därefter ska den RMR tillsammans med den nya konsekvensbeskrivningen skicka ut på ny remiss.

Avseende RMR kring ansvarsfördelning och samverkan mellan BUM, BUP samt BUH i den neuropsykiatriska vården av barn och unga har det under granskningens genomförande framkommit flera oklarheter kring genomförande och implementering av riktlinjen. Det har genomförts möten på högre ledningsnivå mellan BUP och Habiliteringen där särskilda beslut kring riktlinjen har fattats under hösten 2014⁸. I minnesanteckningar från medicinska sektorsrådet i barn- och ungdomspsykiatri, 3 oktober 2014, uttrycks även att *”kontentan är att RMR ej skall genomföras under 2014”*. Införandet av riktlinjen och de intervjuades upplevelser beskrivs vidare i kapitel 5.

⁸ 2014-09-05 har följande beslutats mellan BUP och Habiliteringens verksamhetschefer:

1. BUP remitterar inga nya patienter till Habiliteringen från och med måndag den 8 sept. 2014. Patienter som redan utlovats remittering undantas.
2. Under en övergångsperiod (minst 6 månader) kommer Habiliteringen att erbjuda sitt utbildningspaket.
3. Plan för BUP:s kompetensutveckling påbörjas omgående.
4. Habiliteringens pågående patienter förs inte över till BUP i nuläget. När överföring påbörjas kommer detta ske på individbasis.

4. Teoretiska utgångspunkter avseende samverkan

I kapitlet beskriver vi våra utgångspunkter för hur samverkan definieras och mot vilka teoretiska utgångspunkter samverkan bedöms i rapporten.

4.1. Samverkan som begrepp

Det finns inte någon enhetlig definition av begreppet samverkan utan snarare en stor variation i definitioner och förståelse av begreppet. Samverkan uppfattas olika av individer och organisationer och flera författare menar att det är mer intressant att fundera på betydelsen av samverkan istället för att sätta flera olika etiketter på begreppet^{9 10}.

Begreppsförvirring kan vara ett hinder för samverkan och det är därför viktigt att klargöra de begrepp som används då den aktuella målgruppen och dess behov diskuteras. Det finns flera närliggande begrepp som till exempel samarbete och samordning. Inom ramen för granskningen använder vi konsekvent termen samverkan, vilket överensstämmer med det som används i lagar och riktlinjer. Definitionen hämtas från den nationella strategin för samverkan som finns kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Med samverkan menas då: ”när någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser och/eller kunskaper till en uppgift som man gemensamt har att genomföra”¹¹.

4.2. Våra utgångspunkter för bedömning av samverkan

Det finns både föreskrifter och forskning på nationell och internationell nivå som behandlar samverkan mellan olika välfärdsorganisationer.

Grundläggande förutsättningar som nämns för att få till ett välfungerande samverkansarbete är att samverkan har en klar och tydlig ledning, tydliga och uttalade mål, tillräckliga resurser samt att skillnaderna i synsätt, organisation och regelverk mellan de samverkande har identifierats. Genom att vara skolade inom olika kunskapstraditioner talar professioner olika språk och behöver visa förståelse och reflektera över detta när de arbetar ihop med andra. Vidare uppges att ett bestående samverkansarbete kräver en långsiktig utvecklingsprocess där samtliga aktörer deltar i utvecklingsarbetet med ett stort engagemang^{12 13}.

I en enkätstudie med professionella från barn- och ungdomspsykiatri, skola och primärvården lyfts faktorer fram som är viktiga för att skapa ett fungerande samarbete mellan professionella. Studien visar att såväl organisatoriska faktorer liksom grupp- och individuella faktorer har betydelse för samverkan mellan professionella. Bland annat nämns relationerna mellan de professionella, att arbeta i en organisation som uppmuntrar samverkan, hur den enskilda

⁹ Huxham, C. (1996). Collaboration and collaborative advantage. I Huxham, C. (red.). *Creating collaborative advantage*, s. 1-18. London: SAGE

¹⁰ Blomqvist C. (2012). Samarbete med förhinder. Om samarbete mellan BUP, socialtjänst, skola och familj.

¹¹ Strategi för samverkan. Kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa.

¹² Danermark, B. (2000). *Samverkan – himmel eller helvete*. Stockholm: Gothia.

¹³ Eriksson, A., Lindencrona, F., Olsson, I., Puskepeleit, M. (2007). Intersektoriell samverkan i utvecklingsprojekt – en jämförande analys. I Axelsson, R & Bihari Axelsson, S (red.). *Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. s. 87-121. Pozkal, Polen: Studentlitteratur.

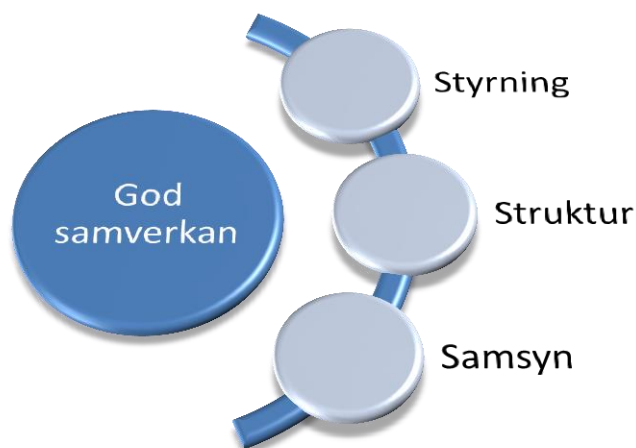
professionen agerar, ledarskapet samt att tydliggörande av mål har betydelse för att skapa fungerande samverkan kring barn som har psykiatriska diagnoser¹⁴.

I en utvärdering av implementeringen av Västbus nämns att hur organisationerna styrs kan påverka möjligheten att implementera samarbetet utifrån Västbus riktlinjer. Sociala problem kräver ofta att olika aktörer agerar tillsammans för att komma tillrätta med problemen. Detta är utmanande då det ställer krav på politiker och ledande tjänstemän att skapa förändrade ledningsstrukturer, då nuvarande metoder och regler ofta är utformade för att styra hierarkiska förvaltningar¹⁵.

Socialstyrelsen anger i skriften *Strategi för samverkan - kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa* att det rent allmänt kan konstateras att det krävs stora investeringar, både i tid och energi, för att etablera samverkan och hålla den vid liv. Samverkan är inte bara en fråga om att vilja samverka – det är en komplex process som kräver prioritering, kunskap och planering. Bestående samverkan föregås av en långsiktig utvecklingsprocess och ett gediget engagemang för förändring. För att vara långsiktigt hållbar behöver samverkan dessutom integreras och förankras i den ordinarie verksamheten och även inkludera berörda barn, ungdomar och deras föräldrar.

Enligt Socialstyrelsen visar den generella kunskap som finns om framgångsfaktorer och hinder i samverkan att god och stabil samverkan förutsätter tre delar:

Figur 1. God och stabil samverkan förutsätter tre delar.



¹⁴ Ödegård, A (2006). Exploring perceptions of international collaboration in child mental health care i *International Journal of Integrated Care, Vol 6*.

¹⁵ Johansson, s (2010). Implementering av Västbus. Slutrapport från utvärdering om införande av ny samverkansmodell kring barn och unga med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik i Västra Götaland och i kommunerna i Västra Götalandsregionen. FOU-rapport, 2010:1, Göteborg:FOU-Väst.

Vår bedömning är att dessa utgångspunkter i allt väsentligt även är tillämpbara på samverkan kring barn och unga med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, även om det finns vissa svårigheter eller hinder som är specifika för VGR.

Styrningen framhålls vara mycket central för en god och stabil samverkan. En väl fungerande samverkan kräver engagemang och tydlig styrning på alla ledningsnivåer, inte minst på den övergripande politiska och administrativa nivån. En viktig uppgift för ledningen är att legitimera samverkan på lägre nivåer och efterfråga uppföljning och utvärdering av samverkan. Om inte samverkan stöds på ledningsnivå kommer den bara att fungera kortsiktigt och personbundet.

Struktur är viktig för att åstadkomma en stabil och effektiv samverkan. Struktur innebär i detta avseende att det finns en tydlighet när det gäller mål, målgrupp, yrkesroller, arbetsfördelning och rutiner för samverkan. Enligt Socialstyrelsen byggs en struktur för samverkan med hjälp av en rad generella verktyg såsom exempelvis: avtal, överenskommelser, riktlinjer, handlingsplaner, gemensamma individuella planer och möten.

Samsyn framhålls också som en viktig förutsättning för god samverkan. Behov av samsyn finns när flera aktörer behövs för att lösa ett problem. En viss grad av gemensam problemförståelse är nödvändigt för att samverkan ska kunna fungera. Enligt Socialstyrelsen innebär samsyn inte att skillnader mellan de professionellas olika uppdrag suddas ut. Olikheterna framhålls snarare som grunden för och styrkan i samverkan. Samsyn uppges snarare handla om tillit mellan de professionella och att ha en gemensam bild av arbetet. Samsynen måste även omfatta ledningsnivåerna så att de professionella känner att de har tydligt stöd och mandat i samverkan. Vidare förutsätter samsyn kontaktytor och kommunikation. De berörda behöver kunskap om varandras uppdrag, resurser och begränsningar och det framhålls viktigt att upparbeta goda professionella relationer.

5. Samverkan kring barn och ungdomar med neuropsykiatriska diagnoser

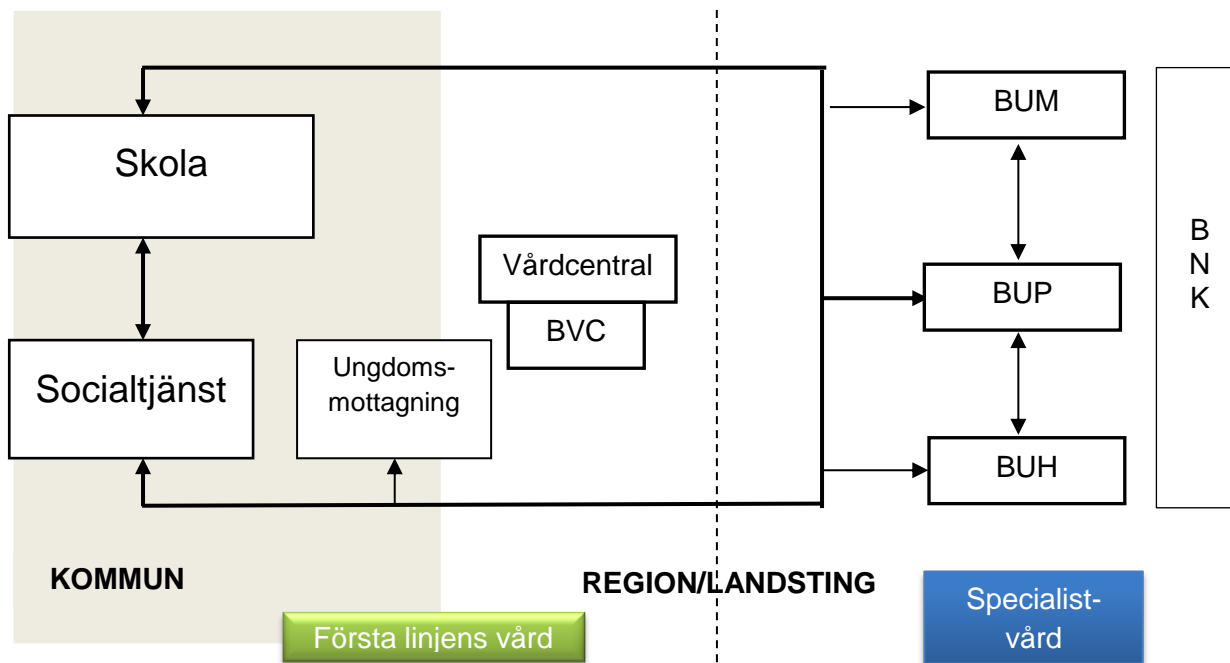
I detta kapitel besvarar vi granskningens revisionsfrågor avseende samverkan och kompetensutveckling utifrån de intervjuer och den dokumentanalys vi genomfört. I kapitlets bedömning utgår vi från granskningens samlade resultat utifrån dokumentanalys och intervjuer och bedömer dessa mot granskningens revisionskriterier.

5.1. Samverkan kring målgruppen

Målgruppen barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser är heterogen och omfattar både personer som är högfungerande och personer med stora kognitiva och beteendemässiga svårigheter. Gemensamt för de allra flesta barn och ungdomar i målgruppen är att de har behov av insatser från flera aktörer, vilket ställer krav på samverkan mellan de olika aktörerna. Den organisatoriska kontext som omger vården av barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser kan beskrivas som komplex, då den innehåller en rad aktörer, gränssnitt, huvudmän, regleringar och målsättningar.

I figuren nedan åskådliggörs en del av komplexiteten i den organisatoriska kontexten:

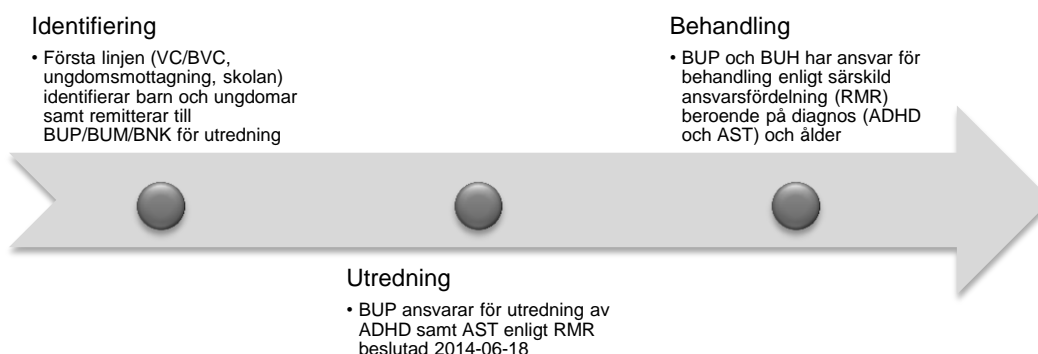
Figur 2. Verksamheter i samverkansprocessen.



Behovet av samverkan ser olika ut beroende på behov och vilka aktörer som är inblandade. Vårdkedjan för en enskild patient kan se mycket olika ut och ofta krävs samverkan under hela processen.

I figur 3 åskådliggörs ansvarsfördelningen mellan de aktörer som granskningen innefattar:

Figur 3. Ansvarsfördelning mellan de aktörer som granskningen innefattar



5.2. Omfattning och utveckling av målgruppen inom granskade enheter

Granskningen har avgränsats till VC, BUP samt BUH i Göteborg och Södra Bohuslän. Vid intervjuerna med VC har vi fått träffa representanter från BVC, som framförallt träffar patienter inom målgruppen. Granskade enheter och funktioner framgår av bilaga 1. För att få en bild av utvecklingen och nuläget avseende barn och ungdomar med neuropsykiatriska diagnoser inom respektive verksamhet har vi efterfrågat statistik, både vid intervjuer vid granskade enheter samt övergripande för hela området. Det har inte funnits "färdig" statistik för något område utan statistiken har tagits fram i dialog med verksamhetschefer för respektive område. Då det inte finns någon enhetlig sammanställd statistik går det inte att jämföra mellan olika områden. När det gäller VC har det inte varit möjligt att erhålla motsvarande statistik som från BUP och BUH.

5.2.1. VC

Av intervjuerna framkommer svårigheter att uppskatta antalet barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser som söker sig till VC/BVC. Generellt bedöms antalet barn som uppvisar autism ha ökat, dock kan det bero på vilket upptagningsområde VC befinner sig i. Antal remisser sammantaget från VC (inklusive BVC) i Biskopsgården, Bergsjön samt Kungshöjd uppskattas till cirka 30 stycken per år. Majoriteten av remisserna går till BNK. Avseende VC Solgärde i Kungälv uppges att varje BVC sjuksköterska remitterar cirka fem barn per år med misstänkt neuropsykiatrisk sjukdom. Det uppges att det i Kungälv inte finns möjlighet att remittera till BNK utan endast till BUP. En heltidsanställd BVC sjuksköterska har cirka 360 inskrivna barn. I Kungälv finns totalt fyra BVC med totalt elva BVC sjuksköterskor, dock arbetar inte alla heltid.

5.2.2. BUP Göteborg

I tabell 1 framgår antalet barn och ungdomar med neuropsykiatrisk diagnos samt antalet besök gjorda av dessa under åren 2010-2013.

Tabell 1. Antal barn och ungdomar med neuropsykiatrisk diagnos samt antalet besök av denna målgrupp 2010-2013, BUP Göteborg.

År	Antal patienter med neuropsykiatrisk diagnos	Antal besök av dessa patienter
2010	981	5 706
2011	1 187	6 879
2012	1 322	7 621
2013	1 472	9 150

Antalet barn och ungdomar med neuropsykiatrisk diagnos har ökat från 981 patienter 2010 till 1 472 patienter 2013, vilket motsvarar en ökning med 50 %. Antalet besök från målgruppen har under samma period ökat med 60 %. Enligt verksamhetschefen för barn- och ungdomspsykiatrien motsvarar andelen med neuropsykiatriska diagnoser cirka 30 % av alla besök som genomförs inom barn- och ungdomspsykiatrien årligen i Göteborg. Verksamhetschefen menar att såväl BUP som BNK (Enheten för barnneuropsykiatri vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus) har en stor utmaning framför sig för att kunna ta hand om denna grupp på ett bra sätt. En neuropsykiatrisk diagnos innebär ofta att individen har utmaningar på fler områden som skola, relationer och fritid, vilket för med sig andra psykiatriska diagnoser som depression, ångest, suicidtankar/handlingar. Verksamhetschefen uppger att BUP med den nya riktlinjen kommer att ha kvar en grupp som BUP tidigare har remitterat till BUH och att detta ställer ännu högre krav på samverkan och på ökad kunskap inom BUP/BNK att ta hand om denna grupp. För närvarande uppges att BUP tillsammans med BUH håller på att räkna på hur många det rör sig om i Göteborg. En preliminär siffra uppges vara cirka 700 patienter.

5.2.3. BUP Södra Bohuslän

Inom BUP Södra Bohuslän är det svårt att jämföra statistik från 2010-2013 då uppdraget för BUP har varierat. Från 1 januari 2012 tog BUP över driftansvaret för de neuropsykiatriska teamen från primärvården. Under 2012 uppges att det inte var någon stringens i registreringen vilket innebär att siffrorna inte omfattar alla besök. Orsaker till detta anges vara byte av IT-system och personalbyte. Från 2013 uppges att statistiken är mer rättvisande utifrån det nya ansvaret. I jämförelse med BUP Göteborg har det inte varit möjligt att få fram antalet individer utan endast antal besök avseende barn och ungdomar med neuropsykiatrisk diagnos.

Tabell 2. Antal besök totalt samt antalet besök med neuropsykiatrisk diagnos avseende åren 2010-2013, BUP Södra Bohuslän.

År	Antal besök totalt	Antal besök med neuropsykiatrisk diagnos
2010	8 167	1 096
2011	7 199	878
2012	6 849	1 122
2013	9 962	3 403

Övertagandet av de neuropsykiatriska teamen från primärvården får som beskrivits ovan genomslag i statistiken från framförallt 2013. Olikheter i ansvar och registrering gör det svårt att jämföra siffrorna. 2010 när BUP inte övertagit de neuropsykiatriska teamen från primärvården var andel besök med neuropsykiatrisk diagnos ca 13,5 %. 2013 när BUP övertagit ansvaret har andelen stigit till cirka 34 %.

5.2.4. BUH (Samtliga tre enheter i Göteborg och Södra Bohuslän)

Tabell 3. Antal pågående patienter samt andelen med neuropsykiatrisk diagnos 2010-2013, BUH.

År	Antal pågående patienter	Antal patienter med neuropsykiatrisk diagnos
2010	2 081	1 233
2011	2 443	1 393
2012	2 748	1 650
2013 ¹⁶	3 020	1 754

BUH tar ut statistik i december varje år och det som visas är de barn som per detta datum har planerade insatser, det vill säga är pågående. Antalet pågående patienter har ökat med 45 % från 2010-2013 medan antalet med neuropsykiatrisk diagnos har ökat med cirka 42 % under samma tidsperiod. Andelen patienter med neuropsykiatrisk diagnos i jämförelse med antalet pågående patienter har varit relativt konstant, 59 % 2010 jämfört med 58 % 2013. Utöver dessa diagnoser uppger habiliteringschefen att BUH hanterar cirka 300 diagnoser totalt och att barn och ungdomar med neuropsykiatriska diagnoser i skrivande stund utgör cirka 60 % av alla som BUH ger insatser till.

¹⁶ Avser statistik per 131126.

5.3. Vårdcentraler

Nedan beskrivs vad som framkommit vid granskningens intervjuer samt dokumentanalys avseende VC, BUP samt BUH. Resultatet presenteras utifrån de tre delar, styrning, struktur och samsyn, som beskrivs som centrala i forskning för en fungerande och god samverkan. Respektive avsnitt avslutas med en redogörelse för den kompetensutveckling som genomförts samt den egna skattningen av hur samverkan bedöms fungera.

5.3.1. Styrning

Allmänna synpunkter om styrning och samverkan kring målgruppen

Den offentliga primärvården i Västra Götalandsregionen benämns Närhälsan och omfattar VC, barnvårdscentraler, barnmorskemottagningar, ungdomsmottagningar, barn- och ungdomsmedicin¹⁷, rehabilitering och gynekologi. Med utgångspunkt från granskningen har vi i rapporten valt att benämna Närhälsans funktion i samverkansarbetet som VC vilket då även innefattar iakttagelser från intervjuer med BVC. BVC inrymmer kompetenser såsom barnläkare, distriktsläkare, barnsjuksköterska, distriktssköterska och barnhälsovårdspsykiolog (BHV). BHV-psykiologerna tillhör organisatoriskt psykiologienheten för barnmödravård. Utplacering av BHV-resurs sker till olika BVC-enheter beroende på dess storlek.

I krav- och kvalitetsboken¹⁸ för VG Primärvård framgår under punkten 2.3.2 att vårdenheternas åtagande för barn och ungdomar gäller den hälso- och sjukvård som inte kräver psykiatrisk specialistsjukvård. I riktlinjerna "Ett utvecklat samarbete..." som utgör riktlinjerna för vårdcentralerna vad gäller målgruppen, anges att VC ska utgöra första linjens vård för barn och unga med psykiska problem. Det innebär att VC ska göra den första bedömningen och identifiera, bedöma, utreda och behandla symptom som är lindriga. Vid svårare problem ska VC konsultera eller remittera till BUP. Vid förekomst av psykosociala problem i familjen eller närmiljön ska socialtjänsten kontaktas. Noterbart och som också framförs vid intervjuerna är att BVC som vårdenhet inte omnämns i riktlinjerna. Vad gäller barn och ungdomar med misstänkt autismspektrumstörning och/eller med utvecklingsavvikelser ska VC efter identifierat symptom remittera till BUP och BUM enligt lokal överenskommelse¹⁹.

Primärvårdsstyrelsen uppger att det finns en viss oklarhet vad gäller ansvaret mellan BUH och VC, exempelvis när det gäller utfärdande av intyg. Styrelsen för beställd primärvård uppger att olika involverade aktörer för "samma" verksamhet i regionen gör det svårt att samverka, till exempel avseende BUM samt med ungdomsmottagningarna, där det finns en stor variation i avtal beroende på HSN och kommun. Vid intervju med primärvårdschefer, vårdcentralschefer och medarbetare framkommer att styrningen och samverkan kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser är otydlig. Primärvårdscheferna menar att det funnits en viss orealism hos experterna inom BUP, som är med och utarbetar nya riktlinjer, om vad VC ska klara av att ta om hand. Vidare uppges att neddragningar inom VC har påverkat omhändertagandet av gruppen och att många VC- chefer är bekymrade över detta. Det upplevs

¹⁷ I göteborgsområdet och södra Bohuslän ligger BUM:s mottagningar förvaltningsorganisatoriskt under primärvården samt vid SU, medan de i övriga regionen är organiserade under respektive sjukhusorganisation.

¹⁸ Krav- och kvalitetsboken anger förutsättningarna för att bli godkänd och bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård. Alla vårdgivare som ingår i VG Primärvård ska följa Krav- och kvalitetsboken.

¹⁹ Inom ramen för granskningen har ingen lokal överenskommelse presenterats.

även som att det varit svårt att remittera patienter till BUP då remisser vid flera tillfällen kommit tillbaka på grund av brist på läkare inom BUP. Sammantaget menar primärvårdscheferna att VC inte har tillräcklig kompetens för att ta sig an uppdraget för målgruppen och att detta har gjort att ambitionerna i riktlinjen "Ett utvecklat samarbete..." inte har uppnåtts. Primärvårdscheferna menar att det inte räcker med kortare utbildningar som ofta genomförs under halvdagar för att böttna i området, då specialister i allmänmedicin inte har det djupet som behövs på detta område.

Primärvårdsstyrelsen uppger att barn och ungdomar i åldern 7-19 år med misstanke om neuropsykiatrisk störning ska remitteras från VC till BUM eller BUP. Efter genomförda intervjuer kan vi konstatera att det sker i olika utsträckning vid de granskade enheterna. Vid intervju med en av VC cheferna bedöms vården och samverkan kring målgruppen vara en icke-fråga, eftersom vårdcentralen vanligtvis inte möter målgruppen. Anledningen anges vara att de barn som uppvisar symptom på AST oftast söker sig till skolhälsovården eller ungdomsmottagningar istället för primärvården. Detta gäller barn och ungdomar i åldern 7-19 år. Vid VC Solgärde finns en rutin att barn över 13 år ska behandlas av vårdcentralerna vid psykisk ohälsa.

För barn i åldern 0-6 år uppges det finnas en naturlig väg in till BVC genom de regelbundna hälsokontroller och utvecklingsbedömningar som BVC genomför. Vad gäller identifiering av barn med neuropsykiatriska störningar anger de intervjuade vid BVC att det upptäcks fler barn med autism än med ADHD. Anledningen anges vara att det är enklare att upptäcka barn med autism till följd av de tester (screening) som genomförs av BVC i Göteborgsområdet av barn vid 2,5 års ålder.

Den generella bedömningen enligt de intervjuade är att barn med autism remitteras till BNK²⁰ samt att övriga neuropsykiatriska diagnoser remitteras till BUP. Det förekommer mer sällsynt att remittering sker till BUH eller BUM. Dock varierar det mellan de granskade enheterna. Vid VC Biskopsgården finns en rutin att remittera via psykolog eller läkare till BUH vid funktionsnedsättning och BUM (små barn) eller BUP vid andra neuropsykiatriska symptom. Vid BVC Solgärde uppges att det är brist på psykologer och att detta upplevs ställa till det mycket med remisser för utredning av barn då väntetiderna blir väldigt långa, både till psykologen men även när de remitteras vidare till BUP och eventuellt vidare till BUH. BVC sjuksköterskan uppger att det blir "en ohygglig" väntan för föräldrar som är desperata och vill ha hjälp.

Enligt de intervjuade ges sällan behandlande insatser inom BVC/VC. I den mån BVC/VC erbjuder behandling sker det i form av samtalsstöd genom psykolog eller kurator beroende på i vilken mån denna kompetens finns tillgänglig inom enheten. Vid svårare fall och vidare behandling sker remittering till BUP.

Vid VC Solgärde (Kungälv) ansvarar VC för att genomföra kognitiva bedömningar i samband med att patienten behöver ett intyg, exempelvis vid mopedkörkort eller vid bidragsersättning. Enligt de intervjuade är detta svårt eftersom VC i flera fall inte har den kompetens som krävs

²⁰ Avser VC i Göteborgsområdet

för att göra dessa bedömningar samt att VC ofta saknar kännedom om barnets medicinska historia.

5.3.2. Struktur

Samverkansmöten och aktörer i samverkan

Vid intervjuerna med vårdcentraler och medarbetare inom BVC framgår att det saknas en tydlig struktur för samverkan mellan VC, BUP och VC, BUH utifrån de ambitioner och ansvarsområden som anges i riktlinjerna. Dock förekommer variationer mellan intervjuade VC där vissa enheter har utvecklat ett bredare samarbete kring målgruppen. Detta gäller framförallt BNK för barn som uppvisar AST störning (VC Kungshöjd och VC Bergsjön) samt i vissa fall BUH (VC Biskopsgården). Sammantaget bedöms det vara svårt att samverka när det inte finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning.

En av vårdcentraler betonar att remissförfarandet till övriga instanser varit otydligt under en längre tid. Kritik riktas mot BUP och BNK i hur remissförfarandet ska utformas och i vilken mån de tar sitt ansvar och remitterar ärendet vidare om det hamnat i "fel" insats. BUP kräver ofta omfattande kompletteringar efter att en remiss har skickats in vilket fördröjer ärendegången. För att öka samverkan efterfrågas fler fysiska träffar och samverkansmöten kring enskilda patienter istället för som nu när kommunikationen tenderar att ske brevledes genom remissförfarandet. De anges vara sällan skolhälsovården skickar remisser till vårdcentralerna. Dessa skickas istället direkt till BUP.

De intervjuade anger att det finns en risk att det kan bli ett glapp för de barn som är 5 år och ska fylla 6, då BVC inte längre har något ansvar. Att samverkan fungerar mellan BVC och skolhälsovården bedöms därmed vara viktigt. Det finns ingen etablerad rutin för informationsöverföring och fortsättning av de eventuella insatser som BVC påbörjat. Det anges således inte vara tydligt vem som ska ta över ansvaret när barnen lämnat BVC.

Riktlinjer avseende samverkan

Det förekommer variationer bland chefer och medarbetare i vilken mån nuvarande riktlinjer "Ett utvecklat samarbete..." är kända och efterföljs i verksamheten. När det gäller de kommande riktlinjerna som ska tydliggöra ansvarsfördelningen mellan BUP och primärvården uppges att VC inte deltagit i någon remiss kring dessa. Genom detta uttrycks det som osäkert vilken effekt det kommer få på VC:s organisation och arbetssätt. Diskussioner förs i vilken mån VC kan ta ett utökat ansvar om inte ökade resurser och kompetenser tillförs. Riktlinjerna som tydliggör samverkan mellan regionen och kommunen genom Västbus, anges överlag vara kända i verksamheten men bedöms inte användas i någon större utsträckning, vad gäller samverkan kring enskilda barn genom nätverksmöten.

Det finns inga etablerade rutiner för VC att använda sig av konsultationsmodellen utifrån vad som föreskrivs i riktlinjerna. Viss medicinsk rådgivning finns att tillgå inom BUP och nyttjas i vissa fall. Dock bedöms samverkan med andra aktörer, framförallt med BUP, vara personbunden. Något som påverkar kontakten med BUP är vårdvalet, där närmsta BUP-enhet inte per automatik behöver medföra att barnet väljer att gå där. Detta anges ytterligare försvåra kontaktytorna och "vägen in" till BUP. Information till BVC om de andra aktörerna kommer

oftast genom föräldrarna i de fall föräldrarna har kontakt med exempelvis BUH. Det anges vara sällan BVC tar direktkontakt med BUP eller BUH, utan BUM anges oftast vara länken mellan. Samverkan mellan BVC och BUM anges vara tydligare inom Göteborg och Södra Bohuslän då de organisatoriskt ligger inom Närhälsan. Inom Kungälv finns etablerad samverkan inom SIMBA-nätverket som utgör ett forum för diskussion och erfarenhetsutbyte mellan regionen och kommunerna.

Avvikelse rapportering

Det uppges att det inte finns några etablerade rutiner för att skriva avvikelserapportering om samverkan inte fungerar.

5.3.3. Samsyn

Vid intervjuer med cheferna och primärvårdscheferna återkommer problematiken med att vårdcentralerna saknar specialistkompetens för att kunna utreda och behandla målgruppen. Det betonas att det vid vårdcentralerna arbetar distriktsläkare som är breda i sin kompetens och därigenom inte är specialister inom psykiatrisk specialistsjukvård. Intervjuade chefer anser således att det är bättre att BUP hanterar denna målgrupp eftersom de har den specialistkunskap som krävs. Ansvarsfördelningen till övriga aktörer bedöms vara otydlig. Även om de intervjuade betonar att det är av vikt att det finns en samsyn och enhetlig tillämplig av riktlinjerna bedöms det inte fungera i praktiken. Vad gäller BHV-psykologerna inom BVC bedömer de att gränsdragningen till BUP är svår i förhållande till vilken nivå på utredningar och bedömningar som ska göras innan remittering kan ske till BUP. Det bedöms generellt vara alltför begränsad tillgänglighet till specialistnivån inom BUP, vilket medför att vårdcentralerna emellanåt drar sig för att remittera eftersom det finns en farhåga att ärendena ändå blir återremitterade.

En viktig samarbetspartner bedöms vara Familjecentralerna, där öppna förskolor, BVC, förebyggande socionomer och barnmorskor möts i samma enhet och kan utveckla samverkan. Utmaningen vid samverkan upplevs vara hanteringen av sekretess. Genom framtagande av mallar/blanketter där föräldrarna får ge sitt medgivande om samtycke har flera enheter möjliggjort ökad samverkan. Samverkan med socialtjänst, förskola och skola bedöms också vara av vikt för att utveckla vården kring målgruppen.

De intervjuade bedömer sammantaget att samsynen mellan aktörerna behöver öka för att få information kring vilka kontaktvägar som finns och vilka stödinsatser respektive instans kan erbjuda. Verksamhetsbesök hos varandra lyfts fram som en del i att utveckla samverkan.

5.3.4. Kompetensutveckling

För att kunna hantera en ökad målgrupp anger de intervjuade att det krävs ökad kompetensutveckling samt mer resurser. Det bedöms inte finnas någon tydlig övergripande styrning inom Närhälsan eller krav på att utveckla kompetensen inom området. Vid en enhet anger de intervjuade att det inte ser något behov av att utveckla kompetensen utifrån det patientunderlag som finns idag. Det förekommer variationer i vilken mån personal inom VC har genomgått utbildning i exempelvis GAF och KBT, vilket riktlinjerna föreskriver.

Inom BVC (undantag Kungälv) har utbildning getts till alla sjuksköterskor i "M-chat", som utgör ett verktyg för tidig upptäckt av AST i barnhälsovården. En screening görs på alla barn vid 2,5 års ålder. Metoden utgår från ett frågeformulär som ska besvaras av föräldrarna. De intervjuade anger att "M-chat" utgör den kompetensutvecklingen som givits inom området. Därefter har det inte genomförts någon fortbildning.

Primärvårdsstyrelsen uppger att utbildning i utvecklingspsykologi har genomförts och att en fortsättning planeras. Primärvårdsstyrelsen menar vidare att en särskild samordnare för psykisk hälsa finns i Närhälsan. Denna funktion bevakar och planerar utbildningsbehov vad gäller kunskap om barn och ungdomars psykiska hälsa. Detta är dock inget som har nämnts vid granskade enheter.

5.3.5. Egen skattning av hur samverkan fungerar

Som avslutning har vi i majoriteten av intervjuerna frågat hur väl de intervjuade sammantaget anser att samverkan fungerar för denna målgrupp, på en skala 1-10, där 10 är högsta betyg. Ett genomsnitt utifrån de intervjuer vi genomfört med chefer, läkare samt medarbetare uppgår till 3.

5.4. Barn- och ungdomspsykiatri

5.4.1. Styrning

Allmänna synpunkter om styrning och samverkan kring målgruppen

Den fördjupade granskningen vid BUP-enheterna visar att det finns engagemang och en tydlig styrning från ledningen att samverkan kring målgruppen generellt är viktig. Den viktigaste samverkansparten för BUP uppges vara skolorna men det sker även samverkan med andra aktörer såsom socialtjänsten, BUM och BUH. Intervjuerna visar att det inte finns någon formaliserad eller återkommande uppföljning eller utvärdering av samverkan som återkopplas till högre ledningsnivå, politiskt ansvarig styrelse eller ansvarig beställarnämnd. Vid intervju med presidiet i styrelsen för SU uppges att alla aktörer förväntas samverka men att ansvaret för att så sker är mer diffust. Det uttrycks att det skulle behövas en tydligare ansvarsfördelning när det gäller styrning och uppföljning av samverkan. Presidiet menar vidare att granskningsområdet diskuteras såväl i regionfullmäktige som i regionstyrelsen men att det inte behandlas i någon större utsträckning i styrelsen, vilket en genomgång av styrelsens protokoll också bekräftar. Presidiet för Kungälv och Frölunda specialistsjukhus betonar att styrningen av frågan är viktig för att skapa tydlighet i ansvarsfördelningen. Inte heller i protokollet för Kungälv och Frölunda specialistsjukhus finns något tydligt avtryck kring området.

Av intervjuerna framkommer att BUP-enheterna upplever att gränssnitten mellan olika aktörer inte alltid är helt tydliga. Dock framkommer att det skett en positiv utveckling över tid och att ansvarsfördelningen och gränssnitt har tydliggjorts och anpassats mellan aktörerna. Enligt flera företrädare för BUP har det över tid utvecklats en praxis där BUP tar ett större ansvar för målgruppen än vad de tidigare riktlinjerna i "Ett utvecklat samarbete..." föreskriver. Det vill säga att de hanterar en större patientgrupp än de ska. Generellt anges att det är svårast att hantera de patienter som har lindriga och måttliga besvär. Flera uppger att gränssnittet kan vara otydligt och att det till följd av detta förekommer att patienter i detta spektrum därför bollas mellan olika aktörer. Vid intervjuerna framförs att de remisser som inkommer till BUP har förbättrats över tid både avseende innehåll och kvalitet. Samtliga enheter uppger att det förekommer att remisser som skickats in till BUP återremitteras men att andelen generellt har minskat.

Granskningen visar att enheterna inom BUP upplever att styrningen i stor utsträckning är fokuserad utifrån budget och kraven på att klara vårdgarantin. Enligt de intervjuade medför detta att utvecklingsarbete avseende exempelvis arbetssätt och samverkan får stå tillbaka.

5.4.2. Struktur

Samverkansmöten och aktörer i samverkan

Den fördjupade granskningen vid BUP-enheterna visar att det finns flera utarbetade samverkansstrukturer med mötesforum och nätverk för aktörer som ger insatser till barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Exempel på samverkansstrukturer och forum som lyfts fram vid intervjuerna är närområdessamverkan och Västbusmöten samt återkommande möten mellan aktörerna inom VGR såsom BUP, BUH, BUM och BNK.

Vid intervjuer framkommer att samverkan fungerar i varierande utsträckning mellan olika aktörer och i olika geografiska områden. BUP i Kungälv uppger att samverkan till stor del har bromsats då ordinarie enhetschef saknas och verksamheten har varit kort om personal.

Samverkan mellan BUP, BUH och BUM kan fungera väl i ett område men ha stora brister i ett annat geografiskt område. Orsakerna till detta uppges ofta vara personbundna. I de områden där samverkan fungerar väl uppges framgångsfaktorerna vara att det finns samverkansstrukturer som inte är personberoende, hög kontinuitet samt att det finns en samsyn mellan aktörerna att samverkan är viktig och att alla aktörer har en bidragande roll i detta.

Generellt anges att BUP har mindre samverkan med VC. Remisser från VC uppges vara mindre vanligt förekommande än från andra aktörer såsom skola, socialtjänst och BUH. Vidare uppges det inte heller ske konsultationer mellan VC och BUP i ärenden som rör just denna målgrupp. Flera av BUP-mottagningarna erbjuder jourtelefon dit anhöriga och andra aktörer kan vända sig för att få konsultation av BUP. Enligt de intervjuade är det väldigt sällan förekommande med samtal från VC till denna jourtelefon.

Riktlinjer avseende samverkan

Intervjuerna visar att enheterna har kännedom om de riktlinjer som reglerar samverkan. Västbus uppges vara ett viktigt och ändamålsenligt styrdokument för att reglera och tydliggöra hur samarbete ska ske kring barn och ungdomar. Västbus anges ha högt patientfokus och reglera barn och ungdomars rätt till insatser. Vidare framkommer att enheterna har kännedom om riktlinjerna i ett utvecklat samarbete som tydliggör ansvarsfördelningen mellan vårdcentralerna, BUP, BUH och BUM men att implementering och efterlevnad av dessa på flera områden brister. Exempelvis anges att det varit svårt att få konsultationsmodellen att fungera ändamålsenligt och att det varierar i vilken utsträckning som det sker konsultationer. Det har inte heller genomförts några samlade åtgärder för att tillgodose de krav på kompetensutveckling som anges i riktlinjerna.

Avseende den nya RMR som beslutades i juni framkommer att denna har bristande förankring inom BUP och att implementeringen så långt har flera brister. Av intervjun med en av enheterna framgår att beslut fattats av högsta förvaltningsledningen att inte följa riktlinjen. Generellt anges från ledningshåll att riktlinjen inte i tillräcklig grad processats med verksamheterna. Vidare anges även att den innebär ett utökad uppdrag för BUP som kommer kräva mer resurser och en omstrukturering av verksamheten, personalsammansättning, kompetens och arbetsätt. Hur detta konkret ska hanteras uppges vara oklart och det påpekas att det med nuvarande resurser är svårt att klara det utökade uppdraget. Enligt enhetscheferna kommer annars omfattande prioriteringar att behöva göras mellan olika målgrupper och vilka insatser som ska prioriteras, vilket kan få negativa konsekvenser för patienterna. Flera framhåller också att tidpunkten för beslut och implementering av den RMR var mindre bra då denna beslutades precis före sommaren och i nära anslutning till semestertider. Dessutom uppges att kommunikation kring riktlinjen skett under sommaren vilket bidragit till att information om den nya riktlinjen inte nått alla chefer och medarbetare på ett ändamålsenligt sätt.

Av intervjuerna med medarbetarna framkommer att det finns en frustration kring den bristande implementeringen av den nya riktlinjen. Flera uppger att de fått frågor i enskilda patientärenden från exempelvis föräldrar och BUH som de inte kunnat besvara och att patienter med anledning av detta bollats mellan olika verksamheter.

Det kan konstateras att bilden skiljer sig åt mellan chefer och medarbetare inom BUP avseende i vilken utsträckning som verksamheten har möjlighet och förutsättningar att genomföra det utökade uppdraget. Medarbetarna är generellt mer tveksamma till möjligheterna till följd av en redan starkt pressad arbetssituation. Samtliga är överens att det är ett ledningsansvar att tillse att riktlinjer implementeras på ett ändamålsenligt sätt inom organisationen.

Avvikelse rapportering

Avvikelse rapportering ska ingå som en viktig del i hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitetsarbete. Den fördjupade granskningen visar att det ibland upprättas avvikelser vid brister i samverkan men att det inte sker vid samtliga brister eller avvikelser. Samtliga enheter uppger att avvikelse rapporteringen behöver utvecklas både avseende antal, återkoppling och analys. Enligt uppgift återkopplas sällan avvikelser eller mer generella analyser utifrån dessa, vilket enligt de intervjuade bidrar till bristande utveckling och förbättring utifrån upprättade avvikelser.

5.4.3. Samsyn

Intervjuerna visar att BUP-enheterna upplever att det över tid utvecklats en allt större samsyn avseende gränssnitt och ansvarsfördelning även om det fortfarande kan förekomma diskussioner mellan enskilda enheter och i enskilda patientärenden. Enligt flera intervjuade har samsynen landat efter flera år av intensiva diskussioner kring gränssnitt. Många påtalar att det tar tid att nå samsyn och att detta måste nötas mellan verksamheterna. Såväl medarbetare som chefer inom BUP anger att de känner trygghet och har en stor tillit till att samverkan mellan aktörerna i de flesta fall fungerar bra i enskilda patientärenden även om det kan finnas meningsskiljaktigheter om gränssnitt på strukturell nivå.

Såväl chefer som medarbetare vid BUP-enheterna visar vid intervjuerna en stor öppenhet för att samtliga ärenden måste hanteras med hög grad av patientfokus. Enligt de intervjuade kan detta bland annat innebära att BUP måste vara flexibla och utreda och behandla patienter som inte primärt tillhör dess målgrupp om detta totalt sett gynnar patienten. Exempelvis upplevs att BUP får hantera många barn och ungdomar som egentligen skulle vara primärvårdspatienter men att det är svårt att utremittera dessa, då det inte finns kapacitet hos BUM och kompetens hos VC att ta emot gruppen. Vidare uppges att utredningar efterfrågas i högre utsträckning från skolan och att BUP i flera fall inte upplever att funktionsnedsättningen är så stor så att det motiverar en utredning. Detta upplevs bero på att en diagnos har blivit en förutsättning för att få extra stöd i skolan.

En av BUP-enheterna har arbetat aktivt med värderingsarbete som även berört samverkan. Detta uppges ha bidragit till positiva effekter och att samverkan fungerar bättre. Värderingsarbetet har bland annat berört inställning till och utgångspunkter för samverkan.

Flera av de intervjuade vid BUP-enheterna uppger att samverkan i flera fall försvåras av att det finns olika kulturer avseende utredning och behandling inom de olika samverkande verksamheterna. Detta uppges ibland leda till svårigheter i samsyn kring hur patientgruppen ska behandlas samt vilka samfälliga åtgärder som krävs. Det uppges också påverka eller begränsa hur aktörerna uppfattar gränssnitt och ansvarsfördelning mellan varandra. Av intervjuerna framgår även att det funnits vissa svårigheter i samverkan mellan läkare inom BUP och BUH, vilket uppges ha fått konsekvenser för samarbetet kring enskilda patienter.

5.4.4. Kompetensutveckling

De utbildningsinsatser och behov av kompetensutveckling som beskrivs för att realisera riktlinjerna för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionsnedsättning har i stor utsträckning inte genomförts. Vid intervjuer framkommer att det är ett återkommande problem inom VGR att riktlinjer inte implementeras på ett bra sätt. Detta upplevs bero på att mycket kommer från en högre ledningsnivå och har bristande förankring i verksamheten. När det gäller kompetensutveckling generellt är det upp till varje enhet att inventera utbildningsbehov och föreslå utbildningsinsatser. Utbildningsbehoven sammanställs vanligen till delår- och årsredovisning och ska ligga till grund för de planer som utarbetas centralt i regionen.

5.4.5. Egen skattning av hur samverkan fungerar

Som avslutning har vi i majoriteten av intervjuerna frågat hur väl de intervjuade sammantaget anser att samverkan fungerar för denna målgrupp, på en skala 1-10. Ett genomsnitt från de intervjuer vi genomfört med chefer, läkare samt medarbetare vid de fyra BUP-enheterna landar på 5,5. Det framkommer ingen större skillnad i svaren mellan chefer, läkare och medarbetare men däremot mellan enheter, där Kungälv utmärker sig med ett lägre betyg för hur samverkan fungerar. Detta stämmer väl överens med det som anges ovan, då medarbetare i Kungälv upplever att samverkan till stor del har bromsats på grund av hög personalomsättning och personalbrist samt avsaknad av ordinarie enhetschef.

5.5. Barn- och ungdomshabiliteringen

5.5.1. Styrning

Allmänna synpunkter om styrning och samverkan kring målgruppen

Presidiet för Habilitering & Hälsa uppger att det inte finns några fungerande regler eller riktlinjer inom regionen för hur barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser ska tas om hand. Ordförande uppger att detta var tänkt att tas fram genom det uppdrag som gavs från regionfullmäktige till regionstyrelsen 2013 avseende översynen av vården av barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser. Ordförande uppger att uppdraget inte har genomförts som det var tänkt utan att flera viktiga delar har lämnats utanför, exempelvis omvärldsanalys samt att framförallt göra utredningen med barn och unga i centrum. Den nya RMR uppges inte ha förbättrat någonting utan snarare byggt på och förstärkt de gränser som byggts upp i organisationen och som gör att ingen aktör riktigt vill ta (kostnads)ansvar för denna målgrupp. Barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser har ökat kraftigt de senaste tio åren och har därigenom trängt undan annan verksamhet berättar presidiet. Denna bild stämmer överens med det som kommer fram vid intervjuer med enheterna, där det uppges att andra grupper som till exempel rörelsehindrade och barn med muskulära problem inte blivit tillräckligt prioriterade de senaste åren.

Vid genomförda intervjuer med enheterna bekräftas att det finns ett stort glapp mellan de ansvarsgränser som beskrivs i riktlinjer och hur det fungerar i praktiken. Sammantaget upplevs riktlinjer och styrdokument mest skapa frustration kring ansvarsgränser och den lösning som framförs i några av intervjuerna är att skapa en gemensam organisation för de verksamheter som hanterar målgruppen.

Verksamhetschefen uppger att organisatorisk samverkan mellan aktörer tar upp för stor del av resurserna inom verksamheten. Genom att varje patient har kontakt med flera professioner blir det många möten för varje behandlare och det krävs väldigt mycket tid för att samla alla involverade kring patienten. Denna bild bekräftas vid intervjuer med enheterna, där det uppges att för mycket tid går åt till att samverka. Särskilt frustrerande upplevs detta vara när det inte händer något efter samverkansmöten, ofta beroende på att chefer som har det ekonomiska ansvaret inte deltagit vid exempelvis Västbusmöten (t ex rektor från skolan).

Om all samverkan skulle genomföras enligt de riktlinjer som finns uppger verksamhetschefen att det inte längre skulle bli någon tid kvar för att arbeta med barnen och ungdomarna, vilket har gjort att flera samverkansmöten i dagsläget behöver prioriteras bort. Samverkan utifrån de riktlinjer som finns följs inte upp i dagsläget utan det uppges vara på patientnivå som det blir tydligt om samverkan fungerar som det är tänkt.

5.5.2. Struktur

Samverkansmöten och aktörer i samverkan

Samtliga enheter genomför ett antal olika samverkansmöten. Vilka aktörer som deltar och med vilken frekvens varierar mellan de olika enheterna. De viktigaste samverkansparterna uppges vara BUP, BUM, BNK, socialtjänsten samt skolan. Det finns en stor variation i sam-

verkan både mellan och inom de enheter som granskats. Inom vissa geografiska områden har inte samverkansmöten genomförts överhuvudtaget mellan vissa professioner de senaste åren, medan det på andra ställen genomförs möten och förekommer dialog kontinuerligt. Samverkan uppges vara beroende av personliga relationer och vänskapsband och det upplevs svårt att bygga upp en fungerande struktur där personalomsättningen är hög.

Vid intervjuerna framkommer att BUH inte har någon direkt samverkan med VC, förutom på Hisingen, där psykologer från vissa VC ibland deltar på möten. Det uttrycks en frustration från intervjuade enheter kring att VC inte upplevs ta något primärvårdsansvar för barn med neuropsykiatriska diagnoser. Detta uppges ha fått till konsekvens att BUH i högre utsträckning än önskat blivit en primärvårdsenhet istället för en specialistenhet.

BUH-enheterna i Göteborg upplever att samverkan med BNK är utmanande. Bland annat framförs att det är svårt att vända sig till BNK och samverka då det upplevs som att BNK inte har en tydlig uppdragsbeskrivning. BUH-enheten i Frölunda upplever att BNK "kör sitt eget race" och remitterar patienter till BUH som enligt läkarna på BUH bör remitteras till BUP. Exempel som ges är diagnoser kring tvång och anorexi. Någon dialog har inte gått att genomföra utan svaret från BNK uppges vara att BUH "ska hantera detta". Detta får till konsekvens att ingen hanterar dessa patienter utan det blir istället en cirkulation av remisser mellan verksamheterna.

Riktlinjer avseende samverkan

Intervjuerna visar att enheterna i huvudsak har kännedom om de riktlinjer som reglerar samverkan. Den nya RMR som vid granskningens genomförande nyligen hade beslutats rörde upp en hel del känslor bland intervjuade enheter.

Vid intervju med verksamhetschefen för habilitering anges att den nya RMR gör området än smalare och inte åtgärdar grundproblemet. Grundproblemet uppges vara att patienterna är för många i förhållande till resurserna och att många patienter idag hamnar på specialistnivå istället för att hanteras på samhällsnivå, som till exempel i skolan. Med tidigare förebyggande insatser inom framförallt förskola och skola skulle flera av habiliteringens patienter kunna fångas upp tidigare och inte behöva hanteras medicinskt i lika stor utsträckning. Denna bild bekräftas vid intervjuer med enheterna, där pedagogiken och strukturen i skolan upplevs som nyckelfaktorer för att hantera situationer på ett tidigt stadium.

När det gäller implementeringen av den nya RMR uttrycker personalen en frustration kring bristande kommunikation avseende innehåll och syfte med riktlinjen. Personalen upplever att de fått information kring att det kommer en ny riktlinje men inget specifikt kring innehåll och syfte och vilka konsekvenser riktlinjen medför. Detta har fått till konsekvens att det skapats en stor osäkerhet bland personalen och patienterna. Exempelvis har personalen, på grund av förändringar kring tolkning av innehåll i riktlinjen och hur snabbt den ska implementeras, blivit tvungen att lämna flera olika budskap till patienter avseende om de ska tillhöra BUH eller remitteras till BUP. Den bristande implementeringen upplevs även ha försvårat samverkan med BUP avsevärt, då BUP inte fått någon information om förändringarna och uttryckt sin frustration och svårighet att hantera inkomna remisser till personalen vid BUH. Flera

verksamhetsföreträdare upplever att implementeringen inte visar respekt för de barn som drabbas, då det saknats information om hur de ska bli bemötta vid utslussningen från en verksamhet till en annan.

En annan fråga som lyfts kring implementeringen är om omfördelningen av patienter mellan BUH och BUP ska medföra någon omfördelning av resurser eller yrkeskategorier från BUH till BUP. Enligt de intervjuade enheterna ska det inte vara aktuellt med resursomfördelning utan BUH ska få mer tid att arbeta med de patientgrupper som de har kvar.

Bortsett från de reaktioner som implementeringen av riktlinjen har väckt upplever flera av de intervjuade innehållet i den nya RMR som positivt, då ett minskat antal patienter gör att det förhoppningsvis frigörs tid och resurser till att arbeta med övriga målgrupper inom BUH.

Strukturella utmaningar

En utmaning som lyfts fram av framförallt ledningsnivån är finansieringen av läkemedel. Det uppges att medicinering ofta startar via BUP och att BUH får ta över kostnaden för medicinering när patienten förs över. För att ha möjlighet att finansiera läkemedel inom befintlig budgetram uttrycks att tjänster då får tas bort eller inte kan tillsättas.

Vid intervjuerna med enheterna inom BUH uppges att nuvarande struktur gör att flera patienter faller "mellan stolarna". Framförallt är detta barn med ADHD, som blir utredda men inte omhändertagna, då skolan ofta inte har resurser till detta. En konsekvens av detta uppges vara att dessa patienter ofta kommer tillbaka till BUP, när de psykiska problemen blivit tillräckligt omfattande.

När det gäller avvikelshantering uppges verksamhetschefen att det inte finns någon möjlighet för BUH att göra de uppföljningar och anmälningar om kända biverkningar som Läkemedelsverket kräver, då detta skulle medföra att ännu färre uppföljningar än i dagsläget skulle kunna genomföras. Vid intervjuer med enheterna uppges att avvikelser endast skrivs vid ett fåtal tillfällen, då det finns en oro att avvikelser kan försvåra samverkan med övriga aktörer.

5.5.3. Samsyn

Vid intervjuerna framkommer flera exempel på bristande samsyn mellan de aktörer som arbetar med målgruppen, vilket upplevs försvåra arbetet med samverkan. Exempelvis uppges att aktörerna tolkar den nya riktlinjen var för sig och att det inte sker någon avstämning med samverkansparterna för att säkerställa att riktlinjen tolkas på samma sätt. Att skapa en bättre samsyn beskrivs som viktigare att fokusera på istället för att nya riktlinjer och styrdokument arbetas fram. Vid enheterna bekräftas detta, då det uttrycks som att förankringen av riktlinjen har varierat mellan BUH, BUP och BUM, vilket gör att de inte pratar om samma sak när de träffas. Det upplevs även som att det vid samverkansmöten blir väldigt mycket diskussioner om ansvarsgränser, vilket upplevs bero på att uppdraget är otydligt.

När det gäller konsultationsmodellen uppges verksamhetschefen att den aldrig har fungerat som det var tänkt. Remisser skickas idag fram och tillbaka mellan VC, BUP och BUH. BUH upplever inte att de får det stöd av BUP som skulle behövas på grund av att BUP redan är

överbelastade. När det gäller VC upplevs att de generellt inte har den kompetens som behövs för att hantera psykisk ohälsa, vilket uppges vara logiskt, då gruppen utgör en mindre del av patientunderlaget på VC. Verksamhetschefen uppges att resurserna behöver samlas för att få bästa möjliga kompetens. Denna bild bekräftas vid intervjuer med enheterna, där personalen i flera fall uttrycker frustration kring den tid och energi som det tar när remisser bollas fram och tillbaka mellan BUP och BUH.

För att få samverkan att fungera uppges att det behövs lokala rutiner och upparbetade kontakter. De informella kontakterna mellan medarbetare uppges ofta fungera bättre än den formella linjestrukturen för samverkan.

5.5.4. Kompetensutveckling

Det upprättas årligen en kompetensförsörjningsplan för Habilitering & Hälsa. I planen beskrivs den strategiska och långsiktiga kompetensförsörjning som behövs inom verksamheten. När det gäller det behov av kompetensutveckling som beskrivs för att realisera den tidigare riktlinjen framkommer vid intervjuerna att utbildningar kring GAF skattning har genomförts internt vid vissa av enheterna. Utbildning i KBT har även erbjudits i mån av plats i de regiongemensamma utbildningarna, vilket psykologerna inte upplever ha varit tillräckligt då platserna snabbt har tagit slut.

5.5.5. Egen skattning av hur samverkan fungerar

Som avslutning har vi i intervjuerna med enheterna frågat hur väl de intervjuade sammantaget anser att samverkan fungerar för denna målgrupp, på en skala 1-10. Ett genomsnitt från de intervjuer vi genomfört med chefer, läkare samt medarbetare vid BUH landar på 3,7. Det framkommer ingen större skillnad i svaren mellan chefer, läkare och medarbetare.

5.6. Bedömning

Bedömningen är strukturerad utifrån strukturen i rapportens resultatavsnitt avseende intervjuade enheter och kring de tre delar som beskrivs som centrala i forskning för en fungerande och god samverkan.

5.6.1. Styrning

Samverkan är starkt reglerad kring barn och ungdomar med neuropsykiatriska diagnoser och lyfts fram i såväl lagar och föreskrifter som i interna styrdokument och riktlinjer i VGR.

Granskningen visar att det finns en god medvetenhet om vikten av samverkan och de dokument som styr området. Samtidigt visar granskningen att det finns ett stort glapp mellan vad som uttrycks avseende samverkan i olika lagar, föreskrifter och styrdokument och vilka förutsättningar som finns att uppfylla denna samverkan i yrkesvardagen.

I den regionala utvecklingsplanen för barn- och ungdomspsykiatri anges som ett önskvärt läge 2012 att primärvården är väl etablerad som första linjens vård, att ansvarsgränser ska vara tydliggjorda och att det ska finnas ett mycket väl utvecklat samarbete mellan BUP och VC. Det uppges vidare att BUP, BUH och BUM ska samverka kontinuerligt kring gemensamma patientgrupper och arbeta flexibelt och bidra med olika kompetenser och vid behov gemensamma insatser kring enskilda individer.

Utifrån utvecklingsplanen gav hälso- och sjukvårdsutskottet (HSU) den 9 maj 2007 i uppdrag till hälso- och sjukvårdsdirektören att initiera samarbete mellan verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder. Uppdraget innebar bland annat att tydliggöra ansvarsgränser mellan berörda verksamheter, utveckla konsultationsmodeller och göra en översyn av behov av kompetensutveckling. Uppdraget resulterade i riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder, beslutade den 4 november 2009 av HSU och reviderade september 2010.

Granskningen visar att ansvarsgränserna är allt annat än tydliggjorda mellan berörda verksamheter. Ansvariga styrelser uppger att det saknas fungerade riktlinjer och att det är diffust vem som har ansvaret för styrning och uppföljning av samverkan. Sammantaget bedömer vi att det finns en stor skillnad mellan vad som uttrycks i styrdokument och hur arbetet fungerar, trots att riktlinjen funnits under fem år. Rapportering av avvikande händelser är en av hörnpelarna i arbetet att förbättra kvalitet och säkerhet i vården. I SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete anges skyldigheter att identifiera processer där samverkan behövs för att förebygga vårdskador. Trots de brister som finns i samverkan framkomer vid intervjuer att avvikelser inte upprättas i särskilt stor utsträckning. Enligt kommunallagen (KL) skall respektive styrelse ansvara för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Vi bedömer att de brister som framkommit avseende samverkan och ansvarsgränser samt kring implementeringen och följsamheten till riktlinjen innebär att samtliga av de granskade styrelserna inte har fullgjort sitt ansvar enligt KL 6 kap. 7 §.

När det gäller ambitionen att primärvården till 2012 skulle vara väl etablerad som första linsens vård för barn och ungdomar med psykiska problem bedömer vi utifrån granskningens resultat att majoriteten av VC inom primärvården är långt ifrån att uppfylla denna ambition. En konsekvens av detta är att inflödet till specialistvården avseende målgruppen har ökat och ökar kontinuerligt. Samtliga aktörer i granskningen, inklusive primärvården själv, är överens om att VC inte har tillräcklig kompetens för att ta sig an uppdraget för målgruppen och att detta har gjort att ambitionerna i riktlinjen inte har kunnat realiseras. Orsakerna till fördröjningen av den nya RMR kring ansvaret mellan primärvården och BUP understryker ytterligare att det fortfarande finns en diskrepans kring förväntningarna på primärvården och vad de själva anser sig klara av. För att undvika ett liknande kaosscenario som vid nuvarande implementering av RMR som reglerar ansvaret mellan BUM, BUP och BUH bedömer vi det som väsentligt att ansvariga styrelser säkerställer att såväl innehåll som plan för implementering är välkända och förankrade bland berörda verksamheter.

5.6.2. Struktur

Under granskningens genomförande ersattes riktlinjen för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder delvis med en ny medicinsk riktlinje, beslutad 2014-06-18 av hälso- och sjukvårdsdirektören. Enligt uppgift från HSA har den generella beslutsgången för regionala medicinska riktlinjer följts vid framtagandet (se bilaga 3). HSA uppger att utförarna har huvudansvaret för implementeringen och för att vårdpraxis följer fastställda RMR. Ägare och beställare ska stödja implementeringen av RMR i vårdpraxis och följa upp följsamheten till RMR. Konsekvenserna av implementeringen ska enligt uppgift följas upp i samband med revidering av riktlinjen (giltig till och med maj 2016). Då ska även bedömning göras av eventuella behov av justeringar i ekonomi, kapacitet samt eventuella undanträngningseffekter för BUP.

Granskningen visar att införandet av den RMR kom som en stor överraskning för framförallt BUP och har skapat stor osäkerhet bland medarbetarna samt fått konsekvenser för samarbetet mellan BUH och BUP. Det bristande införandet har fått konsekvenser för patienterna genom att remisser skickats fram och tillbaka mellan BUH och BUP. Under granskningens genomförande uppger intervjuade BUP enheter att den högsta förvaltningsledningen uppgivit att riktlinjen inte ska följas och det har under hösten 2014 genomförts flera möten på grund av den turbulens och oklarhet som riktlinjen skapat bland verksamheterna.

Forskning visar att bestående samverkansarbete kräver en långsiktig utvecklingsprocess där samtliga aktörer deltar i utvecklingsarbetet med ett stort engagemang. Vidare uppges att det avseende styrning av samverkan krävs engagemang och tydlig styrning på alla ledningsnivåer, inte minst den övergripande politiska och administrativa nivån. Vi bedömer att införandet av den RMR är mycket bristfälligt förankrad inom granskade enheter och att konsekvenserna av detta medför försämrade förutsättningar för såväl granskade enheter som deras patienter. Genom att den nya riktlinjen förändrar patientströmmarna bedömer vi att det är för sent att följa upp konsekvenserna av riktlinjen först under 2016. En ytterligare försvårande omständighet är att den andra riktlinjen, ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri, som tillsammans med ovanstående RMR ska ersätta den tidigare riktlinjen från 2009, har försenats och ännu inte är beslutad. Enligt uppgift har

riktlinjen inte godkänts av sektorsrådet i allmänmedicin, på grund av invändningar mot att VC ska ha ett större ansvar för utredning och behandling för målgruppen, utan en ny konsekvensbeskrivning håller på att utarbetas av sektorsrådet inför en ny remissrunda.

Vi bedömer att ansvaret mellan de granskade aktörerna, BUP, BUH och VC, för närvarande är mycket otydligt. Detta dels med tanke på processen och otydligheterna kring den nya RMR, dels mot bakgrund av att nuvarande riktlinjer bara delvis har ersatts av en ny RMR. Vi bedömer att granskade styrelser snarast bör klargöra hur samverkan kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser ska bedrivas. Med hänsyn till de oklarheter som föreligger i styrning och ansvar bedömer vi att regionstyrelsen, utifrån sin uppsiktsplikt enligt KL 6 kap. 1 § samt hälso- och sjukvårdsnämnderna, som beställare, snarast bör ta ett tydligare ansvar för att klargöra roller, ansvar samt följsamheten till beslutade riktlinjer avseende vården av barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser.

5.6.3. Samsyn

I riktlinjerna från 2009, för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder, finns en konsultationsmodell beskriven avseende BUP: s samverkan med VC, BUH samt BUM. Granskningen visar att konsultationsmodellen inte är särskilt känd och inte tillämpas som det är tänkt bland granskade enheter. Det finns i varierande utsträckning former för samverkan mellan BUP, BUH, BUM samt VC och samverkan upplevs fungera olika såväl inom som mellan geografiska områden. Självskattningen från enheterna kring hur väl samverkan anses fungera visar på ett betyg från 3 – 5,5 på en 10-gradig skala, vilket indikerar att enheterna är överens om att samverkan med varandra generellt kan utvecklas och förbättras.

Forskning visar att samsyn framhålls som en viktig förutsättning för god samverkan. För att uppnå en samsyn behövs kunskap om varandras uppdrag, resurser och begränsningar och det anges som viktigt att upparbeta goda professionella relationer. Denna bild bekräftas återkommande i granskningen, där funktionen av samverkan framförallt upplevs vara personbunden. Såväl forskning som genomförd granskning visar att det tar tid att utveckla en samsyn, då det ofta krävs intensiva diskussioner kring ansvar och roller. Granskningen visar att nuvarande riktlinjer för målgruppen tolkas på olika sätt av ansvariga aktörer, vilket försvårar arbetet med samverkan. Vi bedömer att granskade styrelser behöver prioritera arbetet med att utveckla en gemensam förståelse och tolkning av styrande dokument och riktlinjer för att uppnå en större samsyn inom området.

5.6.4. Kompetensutveckling

För att realisera den konsultationsmodell som finns beskriven i 2009 års riktlinjer anges att det behövs utbildningsinsatser inom respektive verksamhet. Utbildningsinsatserna som ska ske inom verksamheterna finns specificerade i bilagorna till riktlinjen. Granskningen visar att konsultationsmodellen är relativt okänd och att majoriteten av utbildningsinsatserna inte genomförts. Sammantaget konstaterar vi att det funnits goda ambitioner men att glappet mellan styrdokument och praktik är omfattande. Vi bedömer att granskade styrelser i högre ut-

sträckning behöver tillse att kompetensutveckling genomförs i enlighet med beslutade riktlinjer för att kunna samverka på det sätt som det är tänkt.

6. Samlad bedömning

I detta kapitel lämnar vi en samlad bedömning utifrån granskningens revisionsfrågor. Kapitlet avslutas med slutsatser samt rekommendationer till granskade styrelser.

6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfrågor	Bedömning
<p>Hur säkerställer Primärvårdsstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus samt styrelsen för Habilitering & Hälsa att kompetensutveckling sker i enlighet med regionens riktlinjer?</p>	<p>För att realisera den konsultationsmodell som finns beskriven i 2009 års riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med neuropsykiatriska diagnoser anges att det behövs utbildningsinsatser inom respektive verksamhet. Utbildningsinsatserna som ska ske inom verksamheterna finns specificerade i bilagorna till riktlinjen.</p> <p>Granskningen visar att konsultationsmodellen är relativt okänd och att majoriteten av utbildningsinsatserna inte genomförts. Sammantaget konstaterar vi att det funnits goda ambitioner men att glappet mellan styrdokument och praktik är omfattande.</p> <p>Vi bedömer att granskade styrelser i högre utsträckning behöver tillse att kompetensutveckling genomförs i enlighet med beslutade riktlinjer för att kunna samverka på det sätt som det är tänkt.</p>
<p>Hur säkerställer styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus samt styrelsen för Habilitering & Hälsa att konsultationsmodellen tillämpas i enlighet med regionens riktlinjer?</p>	<p>Granskningen visar att konsultationsmodellen inte är särskilt känd och inte tillämpas som det är tänkt bland granskade enheter. Det finns i varierande utsträckning former för samverkan mellan BUP, BUH, BUM samt VC och samverkan upplevs fungera olika såväl inom som mellan geografiska områden.</p> <p>Vi bedömer att ansvaret mellan de granskade aktörerna, BUP, BUH och VC, för närvarande är mycket otydligt. Detta dels med tanke på processen och otydligheterna kring den nya RMR, dels mot bakgrund av att nuvarande riktlinjer bara delvis har ersatts av en ny RMR. Vi bedömer att granskade styrelser snarast bör klargöra hur samverkan kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser</p>

	<p>ska bedrivas. Med hänsyn till de oklarheter som föreligger i styrning och ansvar bedömer vi att regionstyrelsen, utifrån sin uppsiktsplikt enligt KL 6 kap. 1 § samt hälso- och sjukvårdsnämnderna, som beställare, snarast bör ta ett tydligare ansvar för att klargöra roller, ansvar samt följsamheten till beslutade riktlinjer avseende vården av barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser.</p>
<p>Hur säkerställer Primärvårdsstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus samt styrelsen för Habilitering & Hälsa att samverkan i övrigt sker i enlighet med regionens riktlinjer och de intentioner som där uttrycks?</p>	<p>Samverkan är starkt reglerad kring barn och ungdomar med neuropsykiatriska diagnoser och lyfts fram i såväl lagar och föreskrifter som i interna styrdokument och riktlinjer i VGR.</p> <p>Granskningen visar att det finns en god medvetenhet om vikten av samverkan och de dokument som styr området. Samtidigt visar granskningen att det finns ett stort glapp mellan vad som uttrycks avseende samverkan i olika lagar, föreskrifter och styrdokument och vilka förutsättningar som finns att uppfylla denna samverkan i yrkesvardagen.</p> <p>Enligt kommunallagen skall respektive styrelse ansvara för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Vi bedömer att de brister som framkommit avseende samverkan och ansvarsgränser samt kring implementeringen och följsamheten till riktlinjen innebär att samtliga av de granskade styrelserna inte har fullgjort sitt ansvar enligt KL 6 kap. 7 §.</p>

6.2. Slutsats och rekommendationer

Granskningen syftade till att bedöma hur berörda styrelser säkerställer att den samverkan som bedrivs kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser sker i enlighet med regionens riktlinjer. Vår sammanfattande slutsats utifrån granskningens syfte och revisionsfrågor är att granskade styrelser inte säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll avseende hur samverkan kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser bedrivs. Vidare bedömer vi att granskade styrelser visar bristande följsamhet till beslutade riktlinjer.

Utifrån våra utgångspunkter för bedömning av samverkan visar granskningen att det sammantaget finns betydande förbättringsområden som granskade styrelser behöver vidta inom områdena styrning, struktur och samsyn. Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi

Primärvårdstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus samt styrelsen för Habilitering & Hälsa att:

- ▶ Snarast klargöra hur samverkan kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser ska bedrivas.
- ▶ Tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med RMR och de riktlinjer som finns avseende samverkan kring barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser.
- ▶ Prioritera arbetet med att utveckla en gemensam förståelse och tolkning av styrande dokument och riktlinjer för att uppnå en större samsyn inom området.
- ▶ Tillse att kompetensutveckling genomförs i enlighet med beslutade riktlinjer för att kunna samverka på det sätt som det är tänkt.

Med hänsyn till de oklarheter som föreligger i styrning och ansvar vill vi även rikta en rekommendation till regionstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnderna. Vi rekommenderar att regionstyrelsen, utifrån sin uppsiktsplikt enligt KL 6 kap. 1 §, samt hälso- och sjukvårdsnämnderna, som beställare, snarast bör ta ett tydligare ansvar för att klargöra roller, ansvar samt följsamheten till beslutade riktlinjer avseende vården av barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser.

Göteborg den 7 november 2014

Erik Söderberg
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB

Cecilia Svensson
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB

Ida Brorsson
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB

Ulrika Berling
Kvalitetssäkrare
Ernst & Young AB

Bilaga 1: Förteckning över intervjupersoner samt utvalda enheter

Intervjuer har genomförts med:

Styrelser (presidiet har intervjuats)

- Primärvårdsstyrelsens presidium (inställd intervju på grund av sjukdom. Telefonkontakt samt skriftliga svar)
- Styrelsen för beställd primärvård²¹
- Styrelsen för Habilitering och Hälsa
- Styrelsen för Kungälv och Frölunda specialistsjukhus
- Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Övergripande chefer

Primärvården

- HR-chef
- Primärvårdschef område 3 och 5
- Primärvårdschef område 4
- Primärvårdschef område 5

Sahlgrenska universitetssjukhuset

- SU, områdeschef område 1
- HR Chef Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus
- Verksamhetschef Barn/Neurologi/Psykiatri/Habilitering, Drottning Silvias Barn och Ungdomssjukhus

Kungälv sjukhus

- Verksamhetschef Psykiatriska kliniken
- Personalspecialist

Habilitering och Hälsa

- Verksamhetschef för Habiliteringen
- HR chef

Utvalda enheter

Barn- och ungdomspsykiatri

BUP Kungshöjd

- Enhetschef
- Läkare
- Psykolog
- Sjuksköterska
- Socionom

²¹ Har intervjuats utifrån deras ansvar för BUM inom Göteborg och Södra Bohuslän och som viktig samverksaktör till granskade enheter.

BUP Kungälv

- Enhetschef
- Psykiatrijuksköterska
- Psykiatrijuksköterska
- Psykolog
- Psykolog
- Sekreterare

BUP Hisingen

- Enhetschef
- Psykolog
- Psykolog

BUP Gamlestaden

- Enhetschef
- Läkare
- Psykolog
- Psykolog
- Socionom
- Socionom

Barn och ungdomshabiliteringen

Frölunda

- Enhetschef
- Läkare
- Psykolog
- Specialpedagog
- Specialpedagog

Hisingen

- Enhetschef
- Enhetschef
- Läkare
- Psykolog och psykoterapeut
- Psykolog
- Specialpedagog
- Specialpedagog

Kungälv

- Enhetschef
- Läkare
- Kurator
- Psykolog
- Psykolog
- Specialpedagog

Vårdcentraler

Bergsjön Vårdcentral och BVC

- Vårdcentralschef
- Barnsjuksköterska
- BHV-psykolog
- Distriktsköterska

VC Biskopsgården

- Vårdcentralschef
- Sjuksköterska
- Barnsjuksköterska
- Psykolog
- Distriktsläkare

VC Kungshöjd

- Vårdcentralschef
- Biträdande verksamhetschef för VC och BVC
- Distriktsköterska
- Barnsjuksköterska

VC Solgärde

- Vårdcentralschef
- Biträdande vårdcentralchef
- Barnsjuksköterska
- Distriktsläkare

Bilaga 2: Litteratur och dokumentförteckning

Litteratur

Blomqvist C. (2012). Samarbete med förhinder. Om samarbete mellan BUP, socialtjänst, skola och familj

Danermark, B. (2000). Samverkan – himmel eller helvete. Stockholm: Gothia

Eriksson, A., Lindencrona, F., Olsson, I., Puskeppeleit, M. (2007). Intersektoriell samverkan i utvecklingsprojekt – en jämförande analys. I Axelsson, R & Bihari Axelsson, S (red.). Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer och samhällssektorer. s. 87-121. Pozkal, Polen: Studentlitteratur.

Johansson, s (2010). Implementering av Västbus. Slutrapport från utvärdering om införande av ny samverkansmodell kring barn och unga med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik i Västra Götaland och i kommunerna i Västra Götalandsregionen. FOU-rapport, 2010:1, Göteborg:FOU-Väst.

Kommunallagen med kommentarer och praxis, femte omarbetade upplagan, (2011).

Huxham, C. (1996). Collaboration and collaborative advantage. I Huxham, C. (red.). Creating collaborative advantage, s. 1-18. London:SAGE

Strategi för samverkan. Kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen.

Ödegård, A (2006). Exploring perceptions of international collaboration in child mental health care i International Journal of Integrated Care, Vol 6.

Dokument

Ett utvecklat samarbete – riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder (Dnr RSK 341-2006).

Förstudie: Är samverkan avseende barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser ändamålsenlig? Revisionsenheten 2014-03-19

Kompetensförsörjningsplan, Habilitering och Hälsa, 2013-2017.

Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri (Dnr RSK 341-2006).

Protokoll avseende 2013 och del av 2014 för Primärvårdsstyrelsen, Styrelsen för beställd primärvård, Styrelsen för Habilitering & Hälsa, Styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda Specialistsjukhus samt Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Reglemente för Primärvårdsstyrelsen

Reglemente för Styrelsen för beställd primärvård

Reglemente för Styrelsen för Habilitering & Hälsa

Reglemente för styrelsen för Kungälv's sjukhus och Frölunda Specialistsjukhus

Reglemente för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Remiss av förslag till regional medicinsk riktlinje. Dnr HSN5 – 386 – 2013

RMR ADHD barn och ungdomar. (HSD-D § 14-2012)

Statistik från BUP SU, Kungälv samt Habilitering och hälsa

Uppdragshandling för att utarbeta regional medicinsk riktlinje för den neuropsykiatriska vården av barn och unga. Dnr RS 640-13

Utbildningsplan 2014 Psykiatriska kliniken Kungälv

Vårdöverenskommelser

Västbus - Gemensamma riktlinjer för kommunerna och VGR om samverkan avseende barn och ungdomar med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik

Överenskommelse mellan kommunerna i VGR och regionen om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning

RMR Ansvarsfördelning och samverkan mellan BUM, BUP och BUH. (HSD-A 28-2014)

Bilaga 3: Generell beslutsgång för RMR

1. Nominering av nya RMR till Kunskapsbaserad vård
2. Beredning av Kunskapsbaserad vård
3. (Ställningstagande till eventuellt ordnat införande)
4. Uppdragshandling upprättas av uppdragstagare i samråd med HSA/Kunskapsbaserad vård
5. Förslag till uppdragshandling förordas i PPR
6. HSD beslutar om uppdragshandlingen
7. RMR inklusive konsekvensanalys utarbetas av medicinska sektorsråd eller motsvarande i samverkan med HSA/Kunskapsbaserad vård
8. (Ställningstagande till Ordnat Införande utifrån innehållet i konsekvensanalysen)
9. Förslaget går ut på remiss till berörda sakkunniggrupper och förvaltningar, nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård, Kunskapscentrum för Jämlik Vård, STRAMA-gruppen, sektorsråden i laboriemedicin och bild- och funktionsmedicin samt diagnostikrådet. När privata vårdgivare är berörda av förslaget remitteras detta till Primör. Vid planering av remissen övervägs om förslaget till riktlinjer ska sändas på remiss till berörda patientorganisationer.
10. HSA/Kunskapsbaserad vård och uppdragstagare bearbetar remissvar
11. Förslag till RMR presenteras på PPR. Eventuella synpunkter beaktas, därefter förordas riktlinjen av PPR.
12. HSD beslutar och fastställer ny RMR. Om konsekvensanalysen visar på stora tillkommande kostnader omhändertas riktlinjen för prioritering enligt processen för Ordnat Införande med beslut av medel i HSU. HSD beslutar därefter om införande.
13. Publicering och kommunikation