

Granskning av omhändertagande och vård vid depression och ångest samt suicidprevention

-inklusive uppföljning av tidigare granskning

Region Värmland



Innehåll

| | |
|---|----|
| 1. Sammanfattning | 2 |
| 2. Inledning | 3 |
| 2.1 Bakgrund..... | 3 |
| 2.2 Syfte och revisionsfrågor | 3 |
| 2.3 Avgränsning..... | 3 |
| 2.4 Metod..... | 3 |
| 2.5 Revisionskriterier | 4 |
| 3. Styrning och uppföljning | 5 |
| 3.1 Förekomst av psykisk ohälsa och suicid i regionen | 5 |
| 3.2 Nämnden styr med mål, riktlinjer och styrdokument | 5 |
| 3.2.1 Verksamhetens operativa arbete och styrning..... | 7 |
| 3.3 Uppföljning av verksamheternas måluppfyllelse bör stärkas..... | 10 |
| 3.4 Kunskapsstyrningen når inte ut i den kliniska verksamheten..... | 11 |
| 3.5 Den strategiska planeringen för samordning och samverkan kan tydliggöras | 12 |
| 3.5.1 Samordning avseende suicidprevention är prioriterat | 12 |
| 3.5.2 Regionen har flera forum för extern och intern samverkan..... | 12 |
| 3.6 Vår bedömning..... | 13 |
| 4. Tillgängligheten är en fortsatt utmaning | 15 |
| 4.1 Mål för tillgänglighet utgår enbart från vårdgarantin..... | 15 |
| 4.2 Vår bedömning..... | 16 |
| 5. Kompetensförsörjningen är ojämn inom granskade verksamheter | 17 |
| 5.1 Analyser av kompetensbehov finns främst på övergripande nivå | 17 |
| 5.2 Vår bedömning | 20 |
| 6. Vissa åtgärder har vidtagits utifrån tidigare granskning | 21 |
| 6.1 Granskning av omhändertagande och vård vid depression och ångest samt suicidprevention från 2020 | 21 |
| 6.2 Vår bedömning..... | 23 |
| 7. Källförteckning | 24 |

1. Sammanfattning

På uppdrag av regionens revisorer har EY genomfört en granskning av omhändertagande och vård vid depression och ångest, samt suicidprevention. Syftet är att bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sitt uppdrag och ansvarsområde, genom styrning, uppföljning och kontroll, säkerställt att omhändertagande och vård vid depression och ångest bedrivs i enlighet med lagar, föreskrifter och fullmäktigebeslut samt att suicidprevention sker på ett ändamålsenligt sätt. Vidare har uppföljning av en tidigare genomförd granskning på området inkluderats.

Vi noterar att regionens arbete med ångest, depression och suicidprevention har utvecklats inom flera områden sedan föregående granskning. Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är dock att Hälso- och sjukvårdsnämnden inte fullt ut har säkerställt att omhändertagande och vård vid depression och ångest bedrivs i enlighet med lagar, föreskrifter och fullmäktigebeslut samt att suicidprevention sker på ett ändamålsenligt sätt. Vår bedömning grundar sig i följande iakttagelser:

Det pågår ett utvecklingsarbete inom flera verksamheter. Flera gemensamma riktlinjer och arbets-/bedömningsgrupper har initierats för att förtydliga gränssnitt mellan vårdinstanser samt säkerställa rätt vårdnivå, vilket är positivt. Fortsatt finns det flera utmaningar med ledtider samt olika tolkning av uppdrag i patientens övergång från exempelvis primärvård till specialistpsykiatri. Att beslut har tagits att lämna den organisatoriska uppdelningen mellan öppen- och slutenvård bedömer vi vara en positiv förändring, då denna uppdelning inte följer vårdens processer.

Kunskapsstyrningen integreras inte i tillräcklig utsträckning i den kliniska verksamheten för att få genomslag. Därtill saknas en struktur för uppföljning och utvärdering av implementeringen av kunskapsstöd i verksamheterna. Vi bedömer att det krävs en mer strukturerad uppföljningsprocess för att säkerställa att riktlinjer inte bara överlämnas till respektive verksamhetschef att omsätta, utan att det också finns förutsättningar att tillämpa riktlinjerna korrekt och konsekvent i mötet med patienterna.

Vi noterar att det finns regionövergripande strategier rörande kompetensförsörjning och att nämnden följer frågan, men det saknas specifika beslut om åtgärder. Lokala initiativ för att vara en attraktiv arbetsgivare finns inom flera verksamheter, men vi noterar att det saknas lokala kompetensförsörjningsplaner och att det varierar inom verksamheterna huruvida satsningar genomförts för att säkerställa tillgång till adekvat kompetens.

Det finns fortsatt betydande utmaningar rörande tillgänglighet inom psykiatri och den nationella vårdgarantin uppnås inte inom flera områden. Även om ett antal väntetider har kortats under året, har tillgängligheten försämrats väsentligt för första besök inom vuxenpsykiatri, samt att andelen patienter som påbörjar fördjupad utredning inom 30 dagar inom barn- och ungdomspsykiatri har minskat under 2024.

Det finns flera samverkansstrukturer och gemensamma riktlinjer som angränsar målgrupperna, där exempelvis samverkan rörande suicidprevention är prioriterad. Vi noterar att en stor del av samverkan är reaktiv vilket innebär att den prioriteras först när en situation uppstått, och att det i flera avseenden saknas strategisk planering för att hitta långsiktiga lösningar för samarbete och kommunikation. I flera fall är utvecklingsarbetet alltför personbundet för att bli bestående över tid.

Utifrån granskningens resultat ger vi följande rekommendationer till Hälso- och sjukvårdsnämnden:

- ▶ Säkerställ att det sker en uppföljning och utvärdering av hur kunskapsstöd mottas och omsätts i verksamheterna för att säkerställa efterlevnad av nationella riktlinjer samt regionens rutiner.
- ▶ Säkerställ att de länsövergripande strategiska styrdokumenterna för arbetet mot depression, ångest och suicid följs upp enligt beslutade former och utvärdera dess bidrag till bättre kvalitet i vården av målgruppen.
- ▶ Överväg en strategisk översyn över samverkansstrukturen rörande psykisk hälsa samt suicidprevention för att säkerställa att samverkansforum har avsedd effekt rörande möjlighet och mandat att bereda, utreda eller följa upp relevanta frågor.
- ▶ Stärk arbetet för att säkerställa god tillgänglighet inom regionens verksamheter som arbetar mot depression, ångest och suicid, för att öka måluppfyllelsen och säkerställa god patientvård.

2. Inledning

2.1 Bakgrund

I dag får nästan en tredjedel av befolkningen en depression någon gång i livet, och cirka en fjärdedel får ett ångestsyndrom. Depression och ångestsyndrom är allvarliga hälsotillstånd som ofta innebär ett svårt lidande. Region Värmland har tillsammans med länets kommuner och brukar- och anhängarföreningar antagit en "Plan för god psykisk hälsa". Utgångspunkten är de behov som finns i Värmland. Ett revideringsarbete av planen kommer att ske under 2024. Arbetet för god psykisk hälsa i Värmland sker på flera områden. Närliggande utvecklingsområden i länet där samverkan och koordinering behöver ske är kunskapsstyrning och arbetet med omställningen till god och nära vård.

På regionens intranät finns vårdgivarwebben där det finns länkar till olika nationella kunskapsstöd. I Region Värmland finns även en strategisk plan för hur arbetet med suicidprevention ska bedrivas. Det finns ett antal styrdokument och rutiner publicerade på vårdgivarwebben. Ett regionalt nätverk har bildats och nätverket ska bidra med samordning och stöd i gemensamma satsningar på information, utbildning och andra arbeten som rör suicidprevention.

I den granskning av omhändertagande och vård vid depression och ångest samt suicidprevention, som genomfördes år 2020, framfördes ett antal iakttagelser. Den samlade bedömningen var att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, inte hade inrättat en helt ändamålsenlig styrning och uppföljning samt en helt tillräcklig intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med de nationella riktlinjerna vad avser depression och ångest samt att arbetet med suicidprevention sker på ett ändamålsenligt sätt. Ett antal rekommendationer lämnades till Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån deras respektive uppdrag och ansvarsområden.

2.2 Syfte och revisionsfrågor

Det övergripande syftet är att bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sitt uppdrag och ansvarsområde, genom styrning, uppföljning och kontroll, säkerställt att omhändertagande och vård vid depression och ångest bedrivs i enlighet med lagar, föreskrifter och fullmäktigebeslut samt att suicidprevention sker på ett ändamålsenligt sätt.

Följande revisionsfrågor besvaras:

- ▶ Har Hälso- och sjukvårdsnämnden, genom styrning med mål, riktlinjer och övriga styrdokument, säkerställt att den aktuella verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt sätt?
- ▶ Har nämnden systematiska och strukturerade rutiner för att följa upp de aktuella verksamheternas måluppfyllelse?
- ▶ Har aktuellt nationellt kunskapsstöd implementerats och är det känt på verksamhetsnivå, samt på vilket sätt används det i kvalitets- och utvecklingsarbetet?
- ▶ Har nämnden vidtagit åtgärder för att förbättra tillgängligheten inom de aktuella verksamheterna?
- ▶ Har nämnden tillsett att åtgärder vidtagits för att säkerställa kompetensförsörjningen inom berörda verksamheter?
- ▶ Har åtgärder vidtagits med beaktande av de iakttagelser, synpunkter och rekommendationer som framfördes i den tidigare granskningen?

2.3 Avgränsning

Granskningen avgränsas till att omfatta regionens omhändertagande och vård vid depression och ångest samt suicidprevention, inklusive en uppföljning av tidigare granskning från 2020.

Granskningen ska ligga till grund för ansvarsprövningen 2024.

2.4 Metod

Granskningen inkluderar både dokumentstudier och intervjuer. För fullständig förteckning av intervjupersoner och dokument se avsnitt 7. Källförteckning.

Rapporten har faktakontrollerats av intervjuade samt genomgått en intern kvalitetssäkring inom EY.

2.5 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Regionplan och budget 2024 samt flerårsplan år 2025–2026
- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente
- ▶ Kommunallagen, särskilt 6 kap. 6 § att nämnderna ska bedriva sina verksamheter enligt lagstiftning och fullmäktiges beslut med en tillräcklig intern kontroll.
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen, särskilt 3 kap. 1 § om att målet med hälso- och sjukvården är vård på lika villkor för hela befolkningen, 4 kap 1 § att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet, samt 5 kap. 2 § som säger att där det bedrivs vård ska det finnas den personal, utrustning och de lokaler som krävs för att god vård ska kunna ges.
- ▶ Patientsäkerhetslagen, särskilt 3 kap. 1 § om att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagens mening uppfylls.

3. Styrning och uppföljning

Syftet med avsnittet är att bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att den aktuella verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt sätt samt om nämnden har systematiska och strukturerade rutiner för att följa upp de aktuella verksamheternas måluppfyllelse. Avsnittet ska även bedöma om aktuellt nationellt kunskapsstöd implementerats och är känt på verksamhetsnivå, samt på vilket sätt det används i kvalitets- och utvecklingsarbetet.

3.1 Förekomst av psykisk ohälsa och suicid i regionen

I Region Värmland har majoriteten av de vuxna och ungdomarna ett gott psykiskt välbefinnande. Trots detta är psykisk ohälsa vanligt och har betydande konsekvenser för individer och sjukvården. Omkring en tredjedel av den vuxna befolkningen i regionen upplever psykiska besvär som ångest och sömnproblem, vilket är i linje med riksgenomsnittet. Kvinnor är mer drabbade av psykisk ohälsa än män, medan män löper högre risk för fullbordat suicid.¹

Användningen av antidepressiva läkemedel är vanlig, och psykiska sjukdomar har lett till betydande antal vård dagar. Användning av läkemedel för psykisk ohälsa är vanlig. I Värmland använder totalt 15 procent av kvinnor och 8 procent av män antidepressiva läkemedel. Under åren 2014–2018 resulterade psykiska sjukdomar i nästan 30 000 vård dagar per år inom slutenvård i Värmland. Psykiatriska diagnoser är den främsta orsaken till sjukskrivningar i Sverige och resulterar ofta i längre sjukfall².

3.2 Nämnden styr med mål, riktlinjer och styrdokument

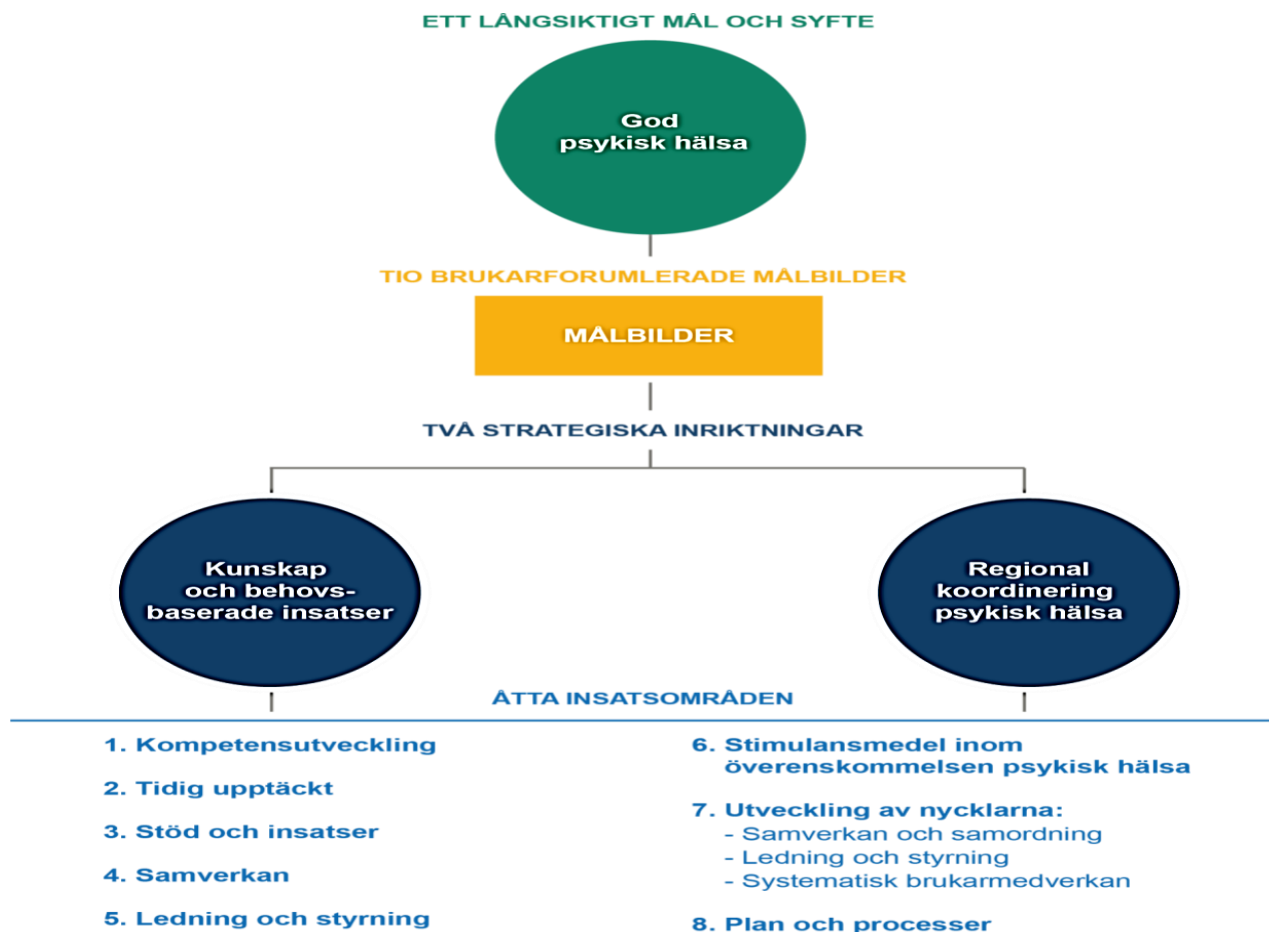
Plan för god psykisk hälsa i Värmland 2021–2024 ska vägleda verksamhetsföreträdare, synliggör de strategiskt viktiga områden som behöver utvecklas samt är tänkt att bidra till att skapa en struktur och uthållighet för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för god psykisk hälsa i länet.³ Planens strategiska ramverk presenteras nedan:

Bild 1. Ramverk för arbetet med psykisk hälsa i Värmland

¹ I Värmland dör i genomsnitt 43 personer per år genom suicid.

² Information och statistik hämtad från regionens hemsida 18/11-24, [Psykisk hälsa - Region Värmland](#)

³ Planen är beslutad av hälso- och sjukvårdsledningen.



Det finns även en *Länsgemensam strategisk plan för suicidprevention i Värmland för 2022–2030*. Planen är framtagen av det regionala nätverket för suicidprevention i Värmland⁴ och ska vara ett stöd för alla som bidrar i det suicidpreventiva arbetet i Värmland. Övergripande mål är att minska antalet suicidförsök och suicid i befolkningen. Kortsiktigt är målet att förhindra en signifikant ökning av suicid och suicidförsök under pandemins påverkan. Långsiktigt syftar målen till en statistiskt signifikant minskning av både suicid och antalet personer som vårdas för suicidförsök. Det framgår vidare att alla organisationer i det regionala nätverket för suicidprevention ska ha en handlingsplan för suicidprevention samt en utsedd samordnare eller kontaktperson ansvarig för suicidpreventionsfrågor.

Nämndens styrning av arbetet med vård vid depression och ångest samt suicidprevention är en del av den ordinarie styrningsprocessen. Region Värmland inleder sin årliga planeringsprocess med att regionstyrelsen fastställer ett planeringsdirektiv. Detta direktiv stakar ut riktlinjer för nämnderna, inklusive en preliminär budget och övergripande mål. Nämnderna svarar sedan med sina egna resultatmål för att uppnå de fastställda effektmålen. I nämndens svar på planeringsdirektivet, under regionens effektmål "God, jämlik och jämställd hälsa" har nämnden fastställt resultatmålet "God, säker och nära vård" samt brutit ner målet i ett antal indikatorer, varav en indikator har direkt koppling till granskningsområdet:

| Indikator | Målvärde 2024 |
|-----------|---------------|
|-----------|---------------|

⁴ I det regionala nätverket ingår Värmlands alla kommuner, Region Värmland och flera andra organisationer. Exempel på andra organisationer är Suicide Zero, Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES), EBL-skolan och Hjärnkoll, Anonyma Alkoholister, RSMH Kalstasola, Länsstyrelsen, Försäkringskassan, Svenska kyrkan, Räddningstjänsten, Polisen och SOS Alarm.

| | |
|--|-------------|
| Andel patienter som har varit på återbesök eller haft annan kontakt efter nyinsjuknande i depression | >85 procent |
|--|-------------|

I Hälso- och sjukvårdsnämndens *Delårsrapport 2024* anges dock att indikatorn ovan har utgått inom Primärvårdskvalitet 2023 och kan därför inte rapporteras för 2024.

Nämnden har vidare beslutat om ett antal indikatorer för tillgänglighet som har bäring på vård vid depression, ångest och/eller suicidrisk, dessa redogörs för i avsnitt 4.

Intervjuade framför att budgeten för år 2025 kommer att ha större tonvikt vid primärvård och psykiatri. Det finns planer på att förstärka primärvården för att bredda dess kapacitet att ta hand om patienter som behöver vård för bland annat depression och ångest, med målet att minska belastningen på specialistvården. Under juni 2024 fattade Hälso- och sjukvårdsdirektören beslut om en organisationsförändring som slår samman öppenvård och slutenvård inom psykiatrin till en verksamhet under gemensam verksamhetschef och ledningsgrupp. Syftet med förändringen är att skapa en vårdstruktur som erbjuder den mest effektiva vårdnivån, förbättrar tillgängligheten, säkerställer jämlik vård och främjar samverkan mellan olika vårdinstanser. Vid tidpunkten för granskningen har förändringen ännu inte implementerats fullt ut.

3.2.1 Verksamhetens operativa arbete och styrning

Vi har tagit del av berörda verksamheters⁵ verksamhetsplaner för 2024 för att undersöka hur många målsättningar och aktiviteter som berör vård specifikt vid depression, ångest och suicidprevention. Dessa sammanfattas i tabellen nedan:

| Indikator/aktivitet | Beskrivning | Verksamhet |
|--|---|--|
| Suicidriskbedömning vid varje besök på psykiatriakuten | Enligt självmordsriskgradering: låg eller ingen risk, måttlig risk, hög risk, svårbedömd risk, saknar kunskap att göra en bedömning. | Psykiatrisk slutenvård |
| Antal genomförda suicidriskbedömningar för ungdomsmottagningar, första linjen och psykologmottagningen för föräldra- och barnhälsovård | - | Barn, unga och familjehälsa |
| Andel genomförda suicidriskbedömningar vid första bedömning | - | Barn, unga och familjehälsa |
| Andel patienter i primärvården som har varit på återbesök eller haft annan kontakt efter nyinsjuknande i depression (Mål 60%) | Aktiv uppföljning inom primärvården är central i behandling både vad gäller barn och vuxna med depression. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (indikatorer för uppföljning) bör ny kontakt tas inom 30 dagar efter nyinsjuknande i depression. Det är del av en hög behandlingskvalitet. | Vårdcentralsområde Norra Karlstad Vårdcentralsområde Norra Värmland |
| Tydliga vårdflöden (aktivitet) | Under 2024 tydliga vårdflöden för depression, ångest, ADHD och autism | Barn- och ungdomspsykiatri |

Vi noterar att det saknas målvärden och mätetal för samtliga indikatorer, med undantag för indikatorn som mäter andelen patienter i primärvården som fått ett återbesök efter insjuknande i depression, där målet är 60 procent. Målvärden och mätetal möjliggör en strukturerad uppföljning. I verksamhetsplanerna saknas

⁵ Verksamheter som ingått i granskningen är: barn- och ungdomspsykiatrin, barn, unga och familjehälsa, psykiatrisk öppenvård, psykiatrisk slutenvård, vårdcentralsområde norra Karlstad, vårdcentralsområde norra Värmland och Ambulanssjukvården.

vidare historiska data som visar var verksamheten befinner sig vid årets början samt hur utvecklingen sett ut.

Vi har vidare tagit del av interna rutiner och riktlinjer för arbetet med suicidprevention som gäller för hälso- och sjukvården. I Områdesledning Vårdkvalitets riktlinje för suicidprevention⁶, ställs krav på hur hälso- och sjukvården i Värmland identifierar och bedömer risk för suicid samt behandlar och följer upp patientens mående. Målet är att säkerställa ett gemensamt och förankrat arbetssätt som förebygger både suicidförsök och fullbordat suicid. All personal har ett ansvar att lyssna efter och agera på om patienter signalerar suicidtankar. Riktlinjen bryts ner i två rutiner, en för barn och en för vuxna, som ytterligare redogör för hanteringen av ärenden där risk för suicid förekommer. I rutinerna finns bland annat ett frågeformulär som ska fungera som stöttning vid lotsning av patient där suicidrisk identifierats.

Ambulanssjukvården

Ambulansverksamheten i regionen har utvecklats under de senaste åren. Den mest väsentliga förändringen är att en större del av larmprocessen nu sköts internt, vilket innebär att vårdinsatser påbörjas tidigare. Sjuksköterskor som hanterar larm bidrar till hög kvalitet och rätt kompetens från första kontakten med patienten. Dessutom har personalen nu tillgång till patientjournaler, vilket förbättrar möjligheterna att ge korrekta insatser från början.

Vid suicidlarm samarbetar flera aktörer, och det finns rutiner och arbetsflöden för att hantera dessa larm, inklusive checklistor och bedömningsunderlag. I norra Värmland finns ett mobilt psykiatriskt team som kan kallas in vid behov, men ett sådant team saknas i regionens södra delar.

Utbildningar erbjuds för att öka kunskapen om suicidhantering, men många medarbetare finner det utmanande då de främst är tränade för fysiska snarare än psykiska tillstånd. Trots höga kompetenskrav för anställning inom ambulanssjukvården, vilket garanterar yrkeserfarenhet, kvarstår utmaningar i samverkan med polisen, särskilt när patienten anses farlig och polisens agerande kan motverka vårdpersonalens bedömningar. Det finns även ett växande behov av bättre samarbete både inom regionens olika enheter och med externa aktörer som kommunerna.

Första linjen unga

Första linjen unga vänder sig till individer i ålder 6 till 20 år samt närstående och anhöriga med stöd och hjälp avseende lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Inom första linjen pågår ett arbete för att standardisera arbetssättet mellan olika enheter i enlighet med regionens riktlinjer. Trots att många patienter engagerar flera vårdgivare, registreras inte alltid en SIP⁷. För att förbättra samverkan arbetar man med att öka medarbetarnas kunskap om SIP och dess registrering. Under 2023 hanterade första linjen unga flera SIP och följde upp att majoriteten av patienterna fick en medicinsk bedömning inom tre dagar, vilket ligger till grund för vidare insatser.

Sedan 2019 har antalet sökande patienter enligt uppgift ökat med cirka 14 procent, och patienterna har allt svårare problematik. Ett remissbedömningsteam utvärderar vart ärenden ska skickas, men det finns otydlighet kring vårdnivå vilket kan leda till ökat inflöde av patienter. Första linjen ansvarar för patienter tills specialistvården tar över, vilket kan skapa problem när specialistpsykiatrin har högbelastning. Det sker då en slags förskjutning av uppdraget tills annan instans finns tillgänglig.

Första linjens uppdrag är att arbeta förebyggande och med insatser kopplade till psykisk ohälsa, men på grund av en belastad specialistnivå har verksamheten fått hantera fler ärenden av tyngre problematik. Det resulterar i att Första linjen arbetar reaktivt med depression och psykisk ohälsa. För att kunna fokusera på det förebyggande arbetet krävs ytterligare resurser. Pandemin ledde till en ökning av digitala patientmöten som frigjorde vissa resurser, men därefter har en önskan från målgruppen om fysiska möten återuppstått.

Primärvården

⁶ Fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektör

⁷ SIP står för "Samordnad individuell plan". Det är en plan som upprättas för att samordna insatser från olika vård- och omsorgsgivare för en patient som behöver insatser från flera håll. SIP syftar till att ge en helhetsbild av patientens behov och hur dessa ska tillgodoses på ett samordnat sätt.

Vid intervju med ett urval av verksamhetschefer inom primärvården framkom det att det finns en uppdaterad samtalsrutin för att hantera psykisk ohälsa. Primärvården följer BEON-principen⁸ för psykiska hälsosamtal och har en digital vårdcentral som når ett bredare klientel, inklusive män som annars inte söker hjälp. Det rapporteras om ett högt tryck på den digitala tjänsten.

Ett samverkansavtal har utarbetats för att klargöra patientflöden mellan primärvården och specialistvården, men det finns fortfarande behov av förtydliganden. Remissmallar används för att säkerställa att nödvändig information inte missas, och det finns en strävan efter en gemensam syn på bedömningar för att undvika att remisser avslås. I norra Värmland har verksamheterna identifierat brister i att korrekt registrera uppföljning, vilket påverkar statistiken negativt.

Suicidpreventionsarbetet inkluderar anhörigstöd och proaktiva samtal för att förebygga suicid, och det finns rutiner för att hantera suicidrisk, inklusive en 72-timmarsuppföljning. Personalens trygghet i att hantera suicidrisk varierar, och det finns behov av regelbunden träning och stöd. Styrningen av arbetet med suicidprevention upplevs som tydlig, och det finns en implementering av styrdokument och riktlinjer för suicidnära patienter.

Intervjupersoner beskriver att tillgängligheten inom primärvården är god, delvis på grund av en flexibilitet att flytta patienter mellan vårdcentraler för att stävja köbildning. Det finns en frustration inom primärvården över att inte kunna implementera alla kunskapsstöd fullt ut på grund av begränsade resurser. Sammantaget är det en komplex situation som kräver kontinuerlig uppmärksamhet och förbättringar för att möta samhällets ökade medvetenhet om psykisk ohälsa. Det finns vidare en kompetensbrist, och det finns ett behov av att öka tillgången på psykologer för att hantera den ökande patientgruppen.

Barn- och ungdomspsykiatri

Vid intervju med representanter för barn- och ungdomspsykiatri framkommer att en omorganisation genomfördes 2021, vilket resulterade i en struktur med tre öppenvårdsenheter. En ny avdelning för slutenvård öppnades 2022 och erbjuder nu både dag- och heldygnsvård, det finns även en enhet för ätstörningar. Centrum för tidiga insatser inrättades för att stödja barn upp till sex år, och en entrémottagning planeras för att förbättra tillgängligheten och hantera akutfall.

Utbildningsprogrammet Depplyftet⁹ har implementerats för att ge personalen verktyg för att stödja patienter, och säkerhetsplaner utvecklas för barn med ångest eller suicidrisk. Intensiva insatser erbjuds för barn som behöver tätare hembesök eller flexibel vård.

Gruppbehandlingar och digitala utbildningar har introducerats för att öka tillgängligheten och stödet för patienter. Föräldragrupper och en chattfunktion har också tillkommit som resurser för familjer. Samverkan med brukarorganisationer har stärkts, och ett tvärprofessionellt NP-team arbetar med neuropsykiatriska utredningar för att förbättra vårdens enhetlighet.

Tillgängligheten har förbättrats avsevärt inom barn- och ungdomspsykiatri (från 34 procent av patienter som får sitt förstebesök inom 30 dagar 2023 till 94 procent i okt 2024).¹⁰ Trots utmaningar med köer och behovet av att minska väntetider, är målet att fortsätta förbättra tillgängligheten och kvaliteten på vården. Bland annat pågår ett arbete för att få in fler legitimerade läkare i verksamheten.

När en patient remitteras till barn- och ungdomspsykiatri granskas remissen av en grupp bestående av psykologer och psykiatrisjuksköterskor för att säkerställa att rätt vårdnivå kan bestämmas. Patienten kallas sedan till ett nybesök inom 30 dagar för en initial bedömning. Resultaten diskuteras på en konferens med läkare och psykologer, som beslutar om patientens fortsatta vårdplan, som alla patienter ska ha. Patienten överförs till basmottagningen och placeras på väntelista för eventuell neuropsykiatrisk utredning eller behandling. Vid misstanke om depression görs en bedömning och behandling påbörjas så snabbt som möjligt för att undvika försämring av patientens tillstånd. I flera fall kan det dock uppstå både fördröjning och omfördelning utifrån tillgängliga resurser.

⁸ Bästa Effektiva Omhändertagande Nivå

⁹ Depplyftet är en svensk modell baserad på SFBUPs riktlinjer för depression och inspirerad av den engelska SCC, vidareutvecklad till BPI. Det erbjuder tio moduler med manualer för psykopedagogisk behandling, som Socialstyrelsen prioriterar högt, inklusive strukturerad suicidriskbedömning för barn och ungdomar med depression, och syftar till att ge konkret stöd för diagnostik, behandling och utvärdering.

¹⁰ Indikatorn som mäts är *Förstebesök inom 30 dagar till barn- och ungdomspsykiatri – avser väntande*

Psykiatriska öppen- och slutenvården

Som beskrivet i avsnitt 3.2 beslutade hälso- och sjukvårdsdirektören om en omorganisation den 24 juni 2024, där den psykiatriska öppen- och slutenvården kommer att sammanslås med start 2025. Den förestående omorganisationen mottas generellt med optimism, men det finns identifierade risker. En utmaning är att det nära ledarskapet kan bli svårare att upprätthålla i en större organisation, en större organisation kan också innebära ökade administrativa och utvecklingsrelaterade krav. Trots detta anses sammanslagningen av öppen- och slutenvården vara ett logiskt steg, eftersom verksamheterna redan har ett nära samarbete. I nuläget har öppenvård och slutenvård regelbundna samverkansmöten där gränssnitt är en av frågorna som diskuteras.

Öppenvårdsmottagningarna har redan påbörjat en intern omstrukturering för att adressera befintliga brister såsom diagnostik och väntetider. Det finns en personalbrist, särskilt rörande läkare och psykologer, och en omfördelning av personalen mellan mottagningarna är nödvändig för att möta behoven.

Öppenvårdsmottagningarna delar ett uppdrag med primärvården, men ansvarsfördelningen har varit otydlig, vilket har lett till att många patienter remitterats direkt till psykiatrin. En ny samverkansrutin har etablerats för att klargöra primärvårdens ansvar innan patienter skickas vidare. Remisshantering och diagnostikprocesser standardiseras för att erbjuda jämlik vård, men tillgängligheten brister fortfarande med långa väntetider till ett första besök inom flera mottagningar. Det finns planer på att revidera patientlistorna, då det finns misstankar om att vissa patienter som står i kö har sökt hjälp någon annanstans eller av andra skäl inte längre behöver behandling.

Suicidprevention är en prioriterad fråga, med en befintlig samverkan mellan slutenvården och kommunerna samt en önskan om ett närmare samarbete med öppenvården. Det finns förslag om att alla medarbetare ska genomgå suicidpreventiva utbildningar och att patienter ska kunna läggas in för kortare observationsperioder. Primärvården har en ojämn kompetens att genomföra suicidbedömningar, och det finns ett behov av att förbättra vårdflödet för patienter med hög suicidrisk. Regelbundna samverkansmöten och utbildningar stärker personalens förmåga att göra suicidbedömningar, och det finns en förväntan på att dessa bedömningar görs vid varje patientbesök.

I en presentation av *Psykiatrin i Värmland* som vi tagit del av redogörs för identifierade utvecklingsområden och möjliga effektiviseringar, det är bland annat digitalisering, mobila team, tydligare vårdnivåer mellan specialiserad vård och primärvård och uppföljning av avvikelser. De utmaningar som identifieras är väntetider, patientsäkerhet, bemanning och rekrytering samt tillgänglighet för att ge några exempel.

3.3 Uppföljning av verksamheternas måluppfyllelse bör stärkas

Vi noterar inget särskilt fokus på arbetet med depression, ångest och suicid vid genomgång av nämndens protokoll även om det finns indirekta kopplingar då angränsande frågor berörs.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har ett mål/indikator med direkt koppling till arbetet mot depression, ångest och suicid (se avsnitt 3.2). Av *Hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport 2024* framgår dock att indikatorn har utgått inom Primärvårdskvalitet¹¹ 2023 och därför inte kan rapporteras för 2024. Verksamheterna med specifika mål kring suicidbedömningar och återbesök efter diagnos av depression redogörs inte för i den övergripande återrapporteringen till nämnd. Utöver den strukturerade verksamhetsuppföljningen, som är en del av regionens strukturella måluppföljning, finns det för närvarande ingen särskild uppföljning för implementeringen av nationella kunskapsstöd eller för det specifika arbetet med depression, ångest och suicidprevention.

I *Utvecklingsplan för framtida hälso- och sjukvård Landstinget i Värmland*, en rapport från 2015 som Hälso- och sjukvårdsnämnden får ta del av vid sammanträdet i maj 2024, konstateras att det kommer att finnas ett ökat vårdbehov inom psykisk ohälsa inom flera åldersgrupper. Vi noterar att prognosen är nio år gammal. Vid samma sammanträde får nämnden ta del av *Årsrapport Suicidprevention 2023* som den regionala samordnaren för suicidprevention samt chefsläkare tagit fram. I rapporten redogörs för statistik över suicid och det pågående arbetet med suicidprevention. Det anges i årsrapporten att det har skett framsteg i form av en mer strukturerad och samordnad samverkan för suicidprevention. Flera verksamhetsområden har

¹¹ Primärvårdskvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården med syfte att stödja förbättringsarbete och uppföljning genom analys, reflektion och lärande.

deltagit i den kliniska suicidpreventionsgruppen och andra delar av det regionala nätverket. Detta anges ha lett till ökad samverkan mellan olika verksamheter och förbättrad kompetens genom föreläsningar och utbildningar. En ny struktur har utvecklats för att tillhandahålla stöd till efterlevande i samverkan med Polisen. Dessutom har det pågått arbete med att skapa en ny transportsrutin för personer nära suicid. För att stödja detta har en dokumentationsmall utvecklats i journalsystemet, och det har även skett en utveckling av arbetet med krisförebyggande planer. Även förbättringsområden inom det suicidpreventiva arbetet identifieras och redogörs för.

Uppföljning av *Plan för god psykisk hälsa i Värmland 2021–2024* ska genomföras årligen genom att samla in och sammanställa svaren på de uppföljningsfrågor som finns kopplat till varje insatsområde. Detta ska göras genom en enkät som skickas ut till kontaktpersoner i länets kommuner och inom regionen. Vid tiden för granskningen har ingen uppföljning av planen genomförts för något av åren.

3.4 Kunskapsstyrningen når inte ut i den kliniska verksamheten

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom syftar till att främja användningen av vetenskapligt utvärderade och effektiva behandlingsmetoder. De är avsedda som stöd för beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, såsom politiker och verksamhetschefer, för att underlätta öppna och systematiska prioriteringar.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har tillsammans med 24 andra myndigheter presenterat ett förslag för en ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention till regeringen. Strategin, som sträcker sig över 10 år, syftar till att förbättra psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och suicid, samt förbättra livsvillkoren för personer med psykisk ohälsa. Den betonar vikten av socialt hållbara samhällsstrukturer och inkluderar en vision, fyra övergripande mål och sju delmål.

Region Värmland har implementerat kunskapsstyrning genom att etablera lokala programområden och samverkansgrupper under ledning av experter och utvecklingsledare. Målet är att underlätta för vårdpersonalen att arbeta kunskapsbaserat och säkert. Kunskapsstyrningen innefattar processer för att bland annat ta emot nationella kunskapsstöd. Ett kunskapsstyrningsråd ansvarar för att arbetet är sammanhållet.

I regionen finns ett lokalt programområde för psykisk hälsa, det är ett brett område som omfattar allt från främjande och förebyggande insatser till högspecialiserad vård. Det framgår vidare i granskningen att regionen inte har några egna vårdprogram utan utgår från de nationella övergripande vårdprogrammen och riktlinjerna.

Våra intervjuer visar att sakkunniga inom psykisk hälsa inte har något reellt beslutsmandat inom kunskapsstyrningsorganisationen och att de saknar stöd för att prioritera vilka riktlinjer och åtgärder som bör tas i bruk. Det nationella kunskapsstödet som kunskapsstyrningsrådet tar emot och vidarebefordrar inom organisationen implementeras inte på ett tillräckligt sätt. Det finns ingen systematisk uppföljning för att verifiera att stödet faktiskt tillämpas, och ansvarsområdena för implementering och uppföljning behöver klargöras. Utmaningen förstärks av regionens stora och komplexa verksamhet, vilket försvårar skapandet av en tydlig struktur för hantering av nationella kunskapsstöd.

Trots att professionen i stort ofta redan följer nationella riktlinjer, är det inte resultatet av en formell implementeringsprocess utan snarare individuella initiativ från verksamheten. En ytterligare svårighet för att säkra kunskapsstyrningen är bristen på personal som begränsar möjligheterna att utföra arbete utöver den dagliga driften och patientvården, enligt intervjuade.

Kunskapsstyrningsorganisationen har under 2024¹² blivit en del av linjeorganisationen, för att skapa bättre integration mellan utvecklingsarbete och den dagliga verksamheten. Intervjupersonerna beskriver kunskapsorganisationen som robust och omfattande. Trots dess storlek och drivkraft finns det svårigheter med att hålla organisationen sammanhållen, vilket kan leda till att insatserna blir motverkande snarare än produktiva. Även om det finns en uppsjö av kunskapsresurser tillgängliga, påpekar de intervjuade att det saknas en fast förankring till den praktiska kliniska verksamheten, vilket är nödvändigt för att kunskapsstyrningen ska vara relevant och effektiv.

¹² Den 11 december 2023 fattade Hälso- och sjukvårdsdirektören beslut om att godkänna förslaget på en ny struktur för kunskapsstyrning för 2024.

Vid intervjuer med representanter från olika delar av verksamheten blev det tydligt att det finns variationer i hur kunskapsstöd tas emot och implementeras. Vissa enheter har utvecklat en mer strukturerad process för att hantera kunskapsstöd som kommer från den centrala kunskapsorganisationen. Som ett exempel, har barn- och ungdomspsykiatrien etablerat en dedikerad grupp som fokuserar på utvecklingsfrågor. Denna grupp ansvarar för att ta emot, bearbeta och implementera kunskapsstöd i den dagliga verksamheten. Barn- och ungdomspsykiatrien har en verksamhetsutvecklare som är specifikt inriktad på utvecklingsfrågor, vilket har visat sig vara en framgångsrik strategi för att integrera ny kunskap och förbättra genomförandet. Implementeringen av nationella riktlinjer och vårdprogram beskrivs av representanter inom den psykiatriska slutenvården och öppenvården vidare som en utmaning, med brist på stöd och otydlig kommunikation från kunskapsstyrningsorganisationen. Uppföljning och feedback från organisationen upplevs som abstrakt och inte alltid relevant för den kliniska verkligheten.

3.5 Den strategiska planeringen för samordning och samverkan kan tydliggöras

3.5.1 Samordning avseende suicidprevention är prioriterat

I regionen finns en utpekad samordnare för suicidprevention som arbetar mot hälso- och sjukvården, det finns även en samordnare som arbetar med suicidprevention gentemot övriga delar av regionen och länet. Vid intervju med samordnarna för suicidprevention framkom det att det finns ett uppdrag att integrera den länsövergripande planen för suicidprevention, antagen av fullmäktige, i varje nämnds arbete. Detta har redan påbörjats med patientnämnden, hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen, där verksamheternas arbete med suicidprevention har sammanställts. Nämnderna får information och dialog förs för att säkerställa att planen inte bara godkänns utan också implementeras. Samordningsarbetet är kopplat till det Regionala nätverket för suicidprevention i Värmland.

Samordnarna upplever att det arbete som har byggts upp är sammanhängande och att den övergripande planen brutits ner i den kliniska verksamheten. Det har funnits över 100 riktlinjer och rutiner som berör suicid, så samordningen har varit en utmaning. En konkret lista över aktuella dokument och en samverkansgrupp har skapats för att hantera frågan. Det finns en övergripande riktlinje för regionen, och utbildningsmaterial och dokument som visar strukturen har tagits fram. Implementeringen av riktlinjerna har dock stött på hinder, delvis på grund av organisationsförändringar, dels personalomsättning. Det finns ett behov av att bibehålla samverkansgruppen och säkerställa att konkreta aktiviteter genomförs. Gruppen planerar att revidera riktlinjerna för att inkludera depression och ångest och undvika parallella spår.

3.5.2 Regionen har flera forum för extern och intern samverkan

Extern samverkan

Region Värmland har utsetts till samordnande funktion för suicidprevention i länet, baserat på Folkhälsomyndighetens struktur. En regional samordnare och ett regionalt nätverk har etablerats, där deltagare från kommuner och andra organisationer möts en gång per termin. Från detta nätverk har flera samverkansgrupper skapats för att fokusera på olika aspekter av suicidprevention, inklusive en grupp för blåljuspersonal, en intern klinisk grupp inom regionens hälso- och sjukvård, ett forum för kommunala kontaktpersoner och en styrgrupp.

Vi har även inom granskningen tagit del av *Samverkansrutin för elevhälsa, första linjen unga, socialtjänst och barn och ungdomspsykiatri i Värmland* som syftar till att tydliggöra hur samverkan ska ske mellan elevhälsa, första linjen unga, socialtjänsten i Värmlands kommuner och barn- och ungdomspsykiatri (BUP), för att säkerställa att barn och unga får stöd utifrån sina behov. Den gemensamma inriktningen är att huvudmännen i samverkan ska skapa förutsättningar så att barn i Värmland får en god hälsa och trygga uppväxtvillkor. Detta innebär att erbjuda hälsofrämjande och förebyggande insatser samt där det finns behov tillhandahålla anpassat stöd för barn och familjer.

I överenskommelsen redogörs för gemensamma åtaganden, det fastställs bland annat att samtliga aktörer har anmälningsskyldighet, vid behov inkomma med en vårdbegäran, arrangera extern eller intern handledning i svåra ärenden och bjuda in till utbildningstillfällen.

Intern samverkan

Vi har inom granskningen tagit del av *Länsöverenskommelse gällande psykisk ohälsa hos barn och unga* som syftar till att tydliggöra ansvar och uppdrag i samverkan mellan första linjens vårdnivå och specialistnivå och ge stöd för bedömning av lämplig vårdnivå. Patientflödet ska säkerställas, så att insatser genomförs på rätt vårdnivå från början. För att skapa ökad tillgänglighet och vård på rätt vårdnivå finns ett gemensamt bedömningsteam som varje vecka bedömer inkommande remisser och ärenden. Principer för samverkan är att:

- ▶ Patienten ska erbjudas insatser på adekvat vårdnivå.
- ▶ Första linjens vårdnivå och specialistnivån erbjuder insatser enligt uppdrag för respektive verksamhet.
- ▶ Första linjens vårdnivå och specialistnivån ska bistå varandra ömsesidigt med kunskap inom området psykisk ohälsa i form av kompetensutveckling och konsultation generellt eller rörande enskilda patienter.

Psykoedukativa basinsatser är enligt överenskommelsen alltid det första steget i behandlingen av till exempel ångestsyndrom, tvångssyndrom eller depression hos barn och ungdomar.¹³ I basinsatser anges det vara viktigt att kartlägga vilka faktorer som underhåller tillståndet, se till att behov av sömn, mat och fysisk aktivitet är tillgodosedda och stöd i att hantera stress och ångest.

Det finns även interna samverkansöverenskommelser för psykisk ohälsa. Vi har bland annat tagit del av rutinen för *Samarbete mellan psykiatri och allmänmedicin vid psykisk ohälsa hos vuxna* där arbetsfördelningen tydliggörs mellan parterna. Syftet med en arbetsfördelning är dels att tillgodose den enskilda patientens behov av vård för psykisk ohälsa, dels att skapa samsyn kring uppdrag och underlätta samarbetet kring patienter med psykiska sjukdomar och besvär mellan allmänmedicin och psykiatrisk öppenvård. I rutinen finns även hänvisningar till nationellt kliniskt kunskapsstöd för bland annat ångestsyndrom och depression.

Förutom de formella samverkansöverenskommelserna som finns och nämns ovan, pågår även en mer informell samverkan mellan olika enheter inom hälso- och sjukvården som arbetar med frågor kring depression, ångest och suicid. Intervjupersonerna påpekar att det finns många forum där samverkan sker, men att gränssnittet mellan de olika verksamheterna ibland kan vara oklart. Detta är något som för närvarande adresseras genom olika utvecklingsinitiativ. En utmaning som framkommer är att mängden samverkansforum kan leda till en administrativ börda som inte alltid resulterar i konkreta förändringar eller förbättringar i den kliniska verksamheten.

Det konstateras även att samverkan ofta sker reaktivt, baserat på uppkomna behov, snarare än genom strategisk planering.

3.6 Vår bedömning

Revisionsfrågor

Svar

¹³ Psykoedukation omfattar information om sjukdomen och olika behandlingar samt återfallsprevention. Utbildningen ska ge individen stöd i att utveckla egna strategier för att bättre förstå och hantera sin sjukdom. Den kan ges individuellt, familjevis eller i grupp.

| | |
|---|--|
| <p>Har Hälso- och sjukvårdsnämnden, genom styrning med mål, riktlinjer och övriga styrdokument, säkerställt att den aktuella verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt sätt?</p> | <p>Delvis. Baserat på de riktlinjer som hälso- och sjukvårdsnämnden har fastställt och den befintliga strukturen för att implementera nationella kunskapsstöd, finns det goda möjligheter för att vården ska kunna bedrivas effektivt och målinriktat. Det finns dock en klyfta mellan de övergripande strategierna och den faktiska kliniska implementeringen i arbetet mot ångest, depression och suicid. Detta arbete sker till viss del parallellt med den dagliga vården men saknar ibland en direkt koppling till den kliniska tillämpningen. För närvarande finns det ett mål relaterat till dessa frågor, men vi bedömer att det saknas adekvata indikatorer samt uppföljningsmekanism på nämndnivå som gör det möjligt att spåra framsteg.</p> <p>Formella samverkansöverenskommelser finns, men de behöver bli tydligare för att effektivt definiera de olika parternas roller och ansvar. Informell samverkan och flera olika forum för samarbete pekar på en vilja till samverkan, men avsaknaden av strategisk planering kan leda till att samverkansinsatserna inte alltid är proaktiva eller får genomslag i den kliniska verksamheten.</p> |
| <p>Har nämnden systematiska och strukturerade rutiner för att följa upp de aktuella verksamheternas måluppfyllelse?</p> | <p>Nej. Nämnden har en etablerad systematik och struktur för uppföljning av alla verksamheter, som inkluderar regelbundna delårsrapporter, årsrapporter och informationsutbyte vid sammanträden, samt genom direkta besök från verksamheterna för att ge en djupare inblick i deras arbete. Trots denna struktur saknas specifik uppföljning av hur verksamheterna arbetar med vården avseende ångest, depression och suicidrisk utöver en löpande uppföljning av tillgängligheten utifrån vårdgarantin. Nämndens enda indikator med bäring på målgrupperna utgick för 2024.</p> <p>Vidare bedömer vi som en väsentlig brist att ingen uppföljning finns att tillgå för <i>Plan för god psykisk hälsa i Värmland 2021–2024</i>, som ska följas upp årligen.</p> |
| <p>Har aktuellt nationellt kunskapsstöd implementerats och är det känt på verksamhetsnivå, samt på vilket sätt används det i kvalitets- och utvecklingsarbetet?</p> | <p>Nej. Region Värmland har vidtagit steg för att integrera kunskapsstyrning i sin linjeorganisation, men det finns betydande utmaningar i att effektivt implementera och använda nationellt kunskapsstöd på verksamhetsnivå. Trots strukturer för att motta och fördela kunskapsstöd, saknas det en fungerande implementeringsprocess och systematisk uppföljning. Detta resulterar i att riktlinjer och vårdprogram inte alltid tillämpas som avsett. För att säkerställa en god implementering krävs en bättre integrering mellan kunskapsstyrningsorganisationen och den kliniska verksamheten, samt en tydlig struktur för uppföljning och utvärdering.</p> |

4. Tillgängligheten är en fortsatt utmaning

Syftet med avsnittet är att bedöma om nämnden vidtagit åtgärder för att förbättra tillgängligheten inom aktuella verksamheter.

4.1 Mål för tillgänglighet utgår enbart från vårdgarantin

Enligt den nationella vårdgarantin ska kontakt med primärvården erbjudas samma dag som vård söks. Medicinsk bedömning av legitimerad vårdpersonal inom primärvården ska ske inom tre dagar. Om specialistvård krävs, ska besök på en specialistmottagning ske inom 90 dagar, antingen genom remiss eller egen ansökan. Behandling bör påbörjas inom 90 dagar från beslut. Regioner kan fastställa kortare tidsgränser men inte längre än de nationella.

I Svar på planeringsdirektiv 2024 Hälso- och sjukvårdsnämnd redogörs för nämndens beslutade resultatmål för att bidra till måluppfyllelsen inom regionens övergripande effektmål. Ett av nämndens beslutade resultatmål är "Tillgänglig vård på lika villkor", som bryts sedan ner i ett antal indikatorer med fastställda målvärden. Nedan presenteras de indikatorer med bäring på vården avseende depression, ångest och suicidprevention. Vid Hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträden delges månadsrapporter där resultatmålet "Tillgänglig vård på lika villkor" följs upp. Vi har granskat nämndens protokoll samt underliggande material för 2024 och samlat informationen i tabellen nedan:

| Indikator | Mål 2024 | Utfall 2023 | Feb 2024 | Mars 2024 | April | Maj | Juni | Septemember | Okt |
|---|----------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|
| Förstabetesök i den specialiserade hälso- och sjukvården inom 90 dagar (psykiatri) - avser väntande | > 80 % | 62% | 52% | 53% | 48% | 39% | 34% | 36% | 40% |
| Förstabetesök inom 3 dagar till Första Linjen ¹⁴ Barn och Unga | > 90 % | 74% | 66% | 75% | 81% | 70% | 79% | 88% | 72% |
| Förstabetesök inom 30 dagar till barn- och ungdomspsykiatri - avser väntande | > 80 % | 34% | 36% | 40% | 42% | 54% | 66% | 75% | 94% |
| Fördjupad utredning/ behandling inom 30 dagar vid barn- och ungdomspsykiatri - avser väntande | > 75 % | 68% ¹⁵ / 89% | 73% / 99% | 47% / 91% | 35% / 89% | 35% / 93% | 40% / 80% | 53% / 91% | 76% / 73% |

I månadsuppföljningarna som redovisas för nämnd noterar vi också att överbeläggningar i psykiatrisk slutenvård redovisas. Målet är att ha under 1,0 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser. Det är ett mål som regelbundet nås under de uppföljningar vi har tagit del av under 2024. Tabellen visar att arbetet med att förbättra tillgängligheten inte följer den uppsatta planen och att många mål inte är nära att uppnås. Särskilt oroande är tillgängligheten för första besök inom den specialiserade psykiatri, som har försämrats under året och nu ligger betydligt under målet. Dessutom finns det utmaningar inom barn- och ungdomspsykiatri när det gäller att påbörja fördjupade utredningar, där andelen patienter som får hjälp inom 30 dagar har minskat under 2024.

¹⁴ Första linjen unga ska erbjuda tidiga och lättillgängliga insatser till barn och unga med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa oavsett om problemet har psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska orsaker.

¹⁵ Den första siffran avser fördjupad utredning och den andra avser behandling

I svaret på planeringsdirektiven och de granskade mötesprotokollen finner vi inte några tydliga beslut eller initiativ som direkt är avsedda att öka nämndens tillgänglighet eller säkerställa att de uppsatta målindikatorerna uppnås. Nämnden får dock som ovan illustrerat löpande information om utfallet för tillgänglighetsindikatorerna.

Vid sammanträdet den 14 maj 2024 får nämnden en redovisning om psykiatrins utmaningar och möjligheter. Det framgår att vuxenpsykiatrin länge lidit av långa köer vilket till viss nivå normaliserat situationen. För att få vård inom den psykiatriska öppenvården är väntetiden 2–4 år. Det anges även att det skedde tre suicid under 2023 i väntan på läkarkontakt, vilket IVO har granskat och kritiserat. Det framgår vidare att det krävs tålamod framgent men även tydlig målbild för arbetet och konkreta delmål för att utveckla arbetet. Nämnden har inte beslutat om några andra mål för tillgängligheten utöver vad som finns i vårdgarantin.

4.2 Vår bedömning

| Revisionsfråga | Svar |
|---|---|
| Har nämnden vidtagit åtgärder för att förbättra tillgängligheten inom de aktuella verksamheterna? | <p>Nej. Vår bedömning är att nämnden inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att förbättra tillgängligheten inom verksamhetsområden som arbetar mot ångest, depression och suicid. Statistiken visar att det finns betydande utmaningar relaterade till tillgängligheten, och i vissa fall har brister i tillgängligheten direkt lett till suicid. Även om nämnden följer tillgänglighetssiffrorna löpande och får kontinuerlig information, inklusive särskilda redovisningar av väntetiderna inom psykiatrin, tyder avsaknaden av konkreta beslut på att det inte finns en proaktiv strategi för att adressera dessa utmaningar.</p> <p>I tidigare granskningar i andra regioner har EY uppmärksammat att det finns ett behov för verksamheterna att sätta egna mål för tillgängligheten som komplement till vårdgarantin. Detta för att undvika att vissa patientgrupper eller interna köer mellan mottagning och behandling riskerar att bli nedprioriterade när fokus enbart ligger på vårdgarantins mål. I denna granskning observerar vi dock att de granskade verksamheterna står inför betydande tillgänglighetsutmaningar. Innan nya mål för tillgängligheten ställs upp är det viktigt att adressera och prioritera de grundläggande orsakerna till dessa utmaningar. På sikt bedömer vi det dock som otillräckligt att använda den nationella vårdgarantin som mål, då den bör betraktas som ett minimumkrav.</p> |

5. Kompetensförsörjningen är ojämn inom granskade verksamheter

Syftet med avsnittet är att bedöma om nämnden tillsett att åtgärder vidtagits för att säkerställa kompetensförsörjningen inom berörda verksamheter.

5.1 Analyser av kompetensbehov finns främst på övergripande nivå

I *Regionplan och budget 2024 med flerårsplan 2024–2026* anges att Region Värmland strävar efter att vara en attraktiv arbetsgivare genom att integrera social hållbarhet med arbetsliv och personalfrågor. Detta innebär att regionen fokuserar på att erbjuda ett hållbart arbetsliv med starkt ledarskap och medarbetarskap, en god och hälsofrämjande arbetsmiljö, enhetlig arbetsgivarpolitik samt möjligheter till kompetensutveckling i en konkurrensintensiv arbetsmarknad.

Regionen har beslutat om en *Personalpolitisk plan 2023–2027* som består av fyra delar, varav en är kompetensförsörjning. Arbetet med kompetensförsörjning styrs av ett antal strategier. Det anges i planen att regionen fokuserar på att stärka kompetensförsörjningen genom att stödja medarbetarnas utveckling under hela deras arbetsliv, säkerställa att medarbetarnas kompetenser används effektivt och rätt, och genom att marknadsföra jobben för att attrahera en bredare grupp sökande. Dessutom strävar regionen efter att förlänga arbetslivet för erfarna medarbetare och öka heltidsarbete för att främja jämställdhet och yrkesattraktivitet.

Vi har även tagit del av regionens *Strategiska kompetensförsörjningsplan* som HR-avdelningen tagit fram för hela regionen. Kompetensförsörjningsplanen syftar till att identifiera kompetensbehov utifrån omvärldens påverkan, verksamheternas specifika behov och de strategier som krävs för att möta framtida utmaningar. Regionens kompetensförsörjningsbehov sammanfattas i planen, kompetensanalysen genomfördes 2019. Det framgår att verksamheterna identifierar kompetensläget som kritiskt på både kort och lång sikt inom flera yrken. Det gäller bland annat distriktsläkare, barnmorska, sjuksköterska barn- och ungdom, psykologer och sjuksköterska. För att hanteras bristen inom personalgrupperna ska ett antal åtgärder vidtas inom några fastställda nyckelområden:

- ▶ Använd kompetensen rätt
- ▶ Marknadsför jobben
- ▶ Visa karriärmöjligheter
- ▶ Verksamhetsförlagd utbildning
- ▶ Påverka utbildningsanordnare så att utbildningsutbudet såväl kvantitativt som kvalitativt stämmer överens med hälso- och sjukvårdens behov
- ▶ Arbetsmiljö

Regionen arbetar enligt följande kompetensförsörjningsprocess:



I planen anges att regionens verksamheter ska, som en del av kompetensförsörjningsprocessen, utföra kompetensanalyser för att utvärdera nuvarande och framtida kompetensbehov. Resultaten från dessa analyser ska ligga till grund för att identifiera och planera nödvändiga åtgärder. Dessa åtgärder ska sedan integreras i en handlingsplan för varje verksamhet, vilken kan inkludera insatser på både verksamhets- och organisationsnivå.

I *Svar på planeringsdirektiv 2024 Hälso- och sjukvårdsnämnd* anges att Region Värmland har en generationsväxling med en förändrad åldersstruktur, särskilt inom hälso- och sjukvården. Det anges vara viktigt att locka nya medarbetare och behålla de nuvarande, samt att överföra kunskap från erfarna medarbetare som pensioneras. Det råder en stor kompetensbrist över alla sektorer, och det är en utmaning

att rekrytera rätt kompetens samt att anpassa sig till nya kompetensbehov. För att hantera dessa utmaningar har regionen identifierat ett behov av insatser som utbildningsinsatser och möjligheter till praktikplatser för olika yrkesgrupper. Nämnden har vidare fastställt resultatmål "Hållbar organisation" med tillhörande indikatorer, se nedan:

| Indikator | Målvärde 2024 | Utfall 2023 |
|-------------------|---------------|-------------|
| Sjukfrånvaro | <5 % | 7,0% |
| Andel hyrpersonal | <2,7% | 5,1% |

I *Årsredovisning 2023 Hälso-och sjukvård* framgår att indikatorerna som redovisas i nämndens svar på planeringsdirektivet för 2024 är samma som för år 2023. Under 2023 uppnådde inte nämnden målen i de presenterade indikatorerna.

Vid hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträden under 2024 presenteras månadsrapporter där nämndens resultatmål följs upp, vilket inkluderar resultatmålet för "Hållbart arbetsliv" där sjukfrånvaron följs upp av nämndens personal. Se tabellen nedan:

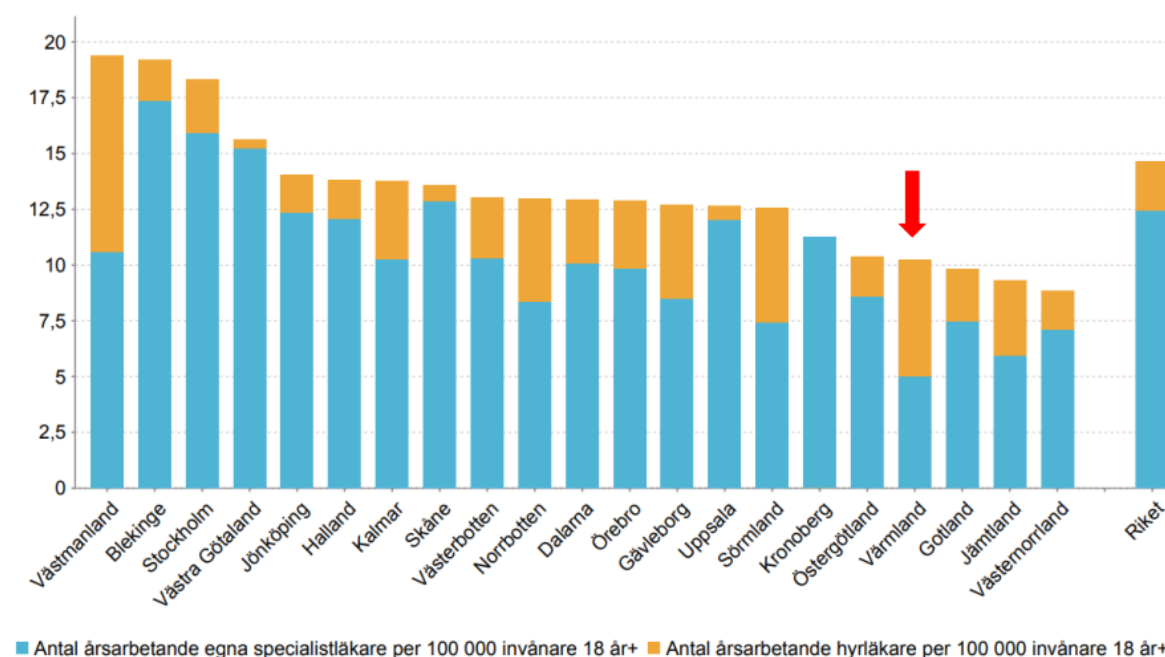
| Sjukfrånvaro | Januari | Februari | Mars | April | Juni | Augusti | Sept |
|--------------|---------|----------|------|-------|------|---------|------|
| 2024 | 7,8% | 8,0% | 7,8% | 7,5% | 6,5% | 6,7% | 7,8% |
| 2023 | 7,4% | 7,3% | 7,6% | 7,1% | 5,6% | Ca 6% | 7% |

I månadsuppföljningarna som återrapporteras till nämnden, samma uppföljningar där vi hittat statistiken kring sjukfrånvaron, finns ingen statistik om hur andelen hyrpersonal utvecklas under året. Den statistik som återfinns i uppföljningen är inte specifik för de verksamheter som berörs av den här granskningen.

I presentationen av *Psykiatrin i Värmland* redovisas olika nyckeltal kopplat till bemanningen och personalen inom vuxenpsykiatrin för regionen i jämförelse med andra regioner, se illustrationer nedan.

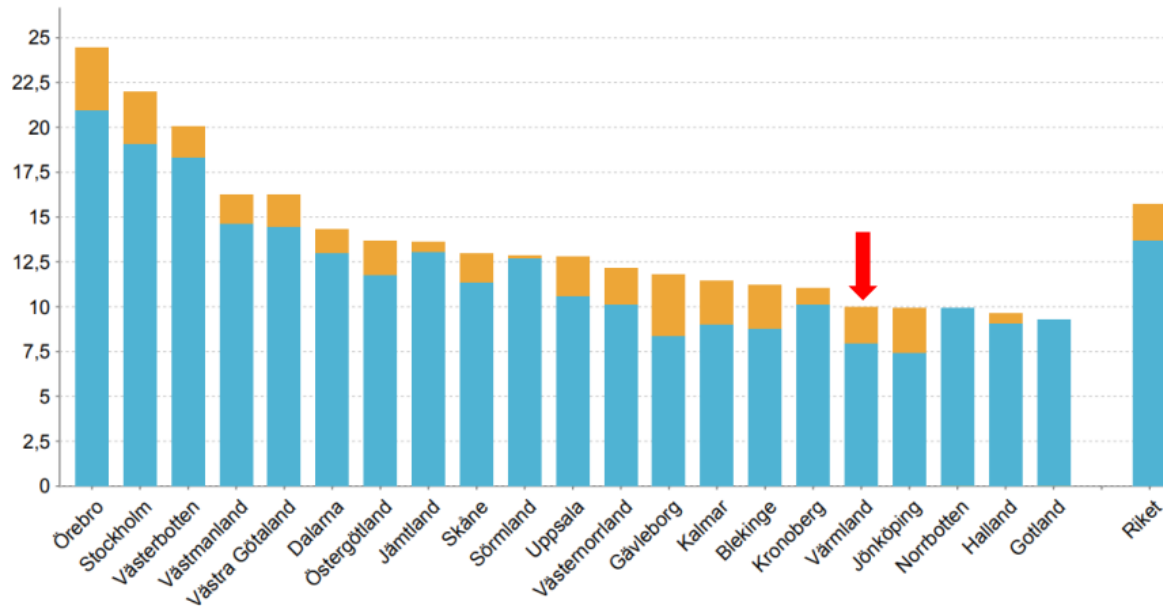
Nyckeltal 2021 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Årsarbetande specialistläkare per 100 000 inv 18 år+ fördelat på fast anställda resp inhyrda läkare



Nyckeltal 2021 - Vuxenpsykiatri länsnivå

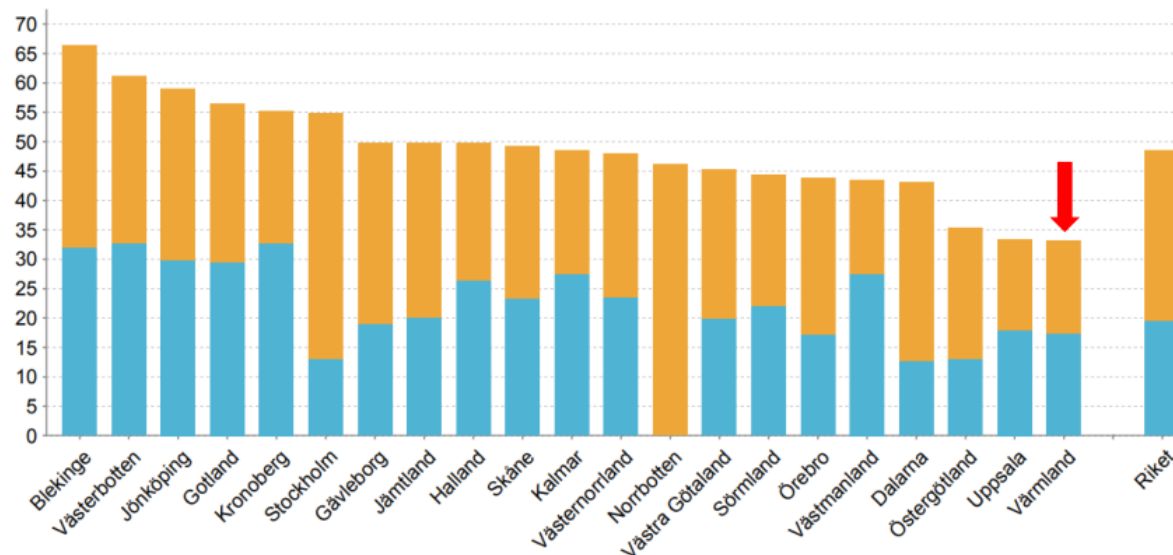
Årsarbetande psykologer per 100 000 invånare 18 år och äldre fördelat på PTP-psykologer och leg psykologer



■ Antal årsarbetande leg psykologer per 100 000 invånare 18 år+ ■ Antal årsarbetande PTP-psykologer per 100 000 invånare 18 år+

Nyckeltal 2021 - Vuxenpsykiatri länsnivå

Årsarbetande sjuksköterskor per 100 000 inv 18 år+ fördelat på specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor



■ Antal årsarbetande specialistsjuksköterskor per 100 000 invånare 18 år+
 ■ Antal årsarbetande sjuksköterskor utan specialistutbildning per 100 000 invånare 18 år+

Illustrationerna visar att Region Värmland 2021 hade en lägre andel specialitläkare per medborgare och en relativt sett högre andel hyresläkare per antalet medborgare, samma sak gäller även för psykologer. Regionen hade den längsta andelen sjuksköterskor per medborgare i riket.

Av intervjuer framgår det att rekrytering av personal och kompetensutveckling är återkommande utmaningar inom regionens olika verksamheter, med varierande grad av intensitet. Barn- och ungdomspsykiatri har haft hög personalomsättning. Situationen har stabiliserats under senare tid även om svårigheter kvarstår att rekrytera läkare. En del verksamheter, som slutenvården, är beroende av hyrpersonal vilket leder till ökade kostnader. Primärvården uttrycker ett behov av fler psykologer för att bistå med

riskbedömningar och remisser. Trots att vissa arbetsplatser anses attraktiva och har tillräckligt med personalresurser, finns det fortfarande utmaningar med att attrahera personal till landsbygdsområden.

Regionens ambition att vara en attraktiv arbetsgivare är väl förankrad i verksamheterna och diskuteras vid intervjuerna. För att hantera den nationella bristen på viss personal, som läkare, har regionen riktat insatser mot att rekrytera ST-läkare och erbjuder vidareutveckling och specialisering på arbetsplatsen. Specifika kompetenshöjande åtgärder har genomförts, till exempel utbildning av personal inom Depplyftet i barn- och ungdomspsykiatri.

Inom primärvården har det identifierats ett behov av kompetensutveckling gällande suicidbedömningar. Även om det inte framkommit att formella utbildningar har genomförts inom detta område, har det skett en dialog mellan primärvården och psykiatrien för att förstärka arbetet. Suicidbedömning är en kritisk del i vårdkedjan för att säkerställa att patienter får adekvat vård i tid. Inom öppenvården finns utbildningar tillgängliga för suicidbedömningar, även inom första linjen har utbildningar i suicidprevention gett positiva resultat, med ökad förmåga att identifiera patienter med suicidrisk.

5.2 Vår bedömning

| Revisionsfråga | Svar |
|---|--|
| Har nämnden tillsett att åtgärder vidtagits för att säkerställa kompetensförsörjningen inom berörda verksamheter? | <p>Delvis. Nämnden är medveten om de utmaningar som finns kring kompetensförsörjningen och att det finns regionövergripande strategier för att hantera dessa. Nämnden har uppmärksammat utmaningarna i sitt svar på planeringsdirektivet och får personalstatistik data vid sammanträden. Trots denna medvetenhet och uppföljning saknas specifika beslut om åtgärder för att förbättra kompetensförsörjningen. HR-avdelningens kartläggning ger en överblick över vilka kompetenser som saknas, men på grund av pågående omorganiseringar finns det för närvarande inga lokala kompetensförsörjningsplaner, även om sådana är planerade för framtiden.</p> <p>Verksamheterna har vidtagit åtgärder för att vara en attraktiv arbetsgivare, inklusive rekrytering av ST-läkare och erbjudande av vidareutveckling och specialisering. Det har genomförts kompetenshöjande insatser, som Depplyftet inom barn- och ungdomspsykiatri, och det finns en dialog för att stärka kompetensen inom suicidbedömningar i primärvården.</p> <p>Sammanfattningsvis finns det en medvetenhet och vissa strategier på plats, men vi bedömer att nämnden behöver vidta ytterligare specifika och konkreta åtgärder för att säkerställa kompetensförsörjningen. Detta inkluderar lokala kompetensförsörjningsplaner för att konkretisera åtgärder inom respektive område och att säkerställa att utbildningsinsatser genomförs inom kritiska områden som suicidbedömningar.</p> |

6. Vissa åtgärder har vidtagits utifrån tidigare granskning

Syftet med avsnittet är att bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit åtgärder utifrån de rekommendationer som framfördes i den tidigare granskningen av omhändertagande och vård vid depression och ångest samt suicidprevention från 2020.

6.1 Granskning av omhändertagande och vård vid depression och ångest samt suicidprevention från 2020

I mars 2021 fastställdes regionrevisorernas *Granskning av omhändertagande och vård vid depression och ångest samt suicidprevention*. Syftet var att granska om Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, hade inrättat en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrevs i enlighet med de nationella riktlinjerna vad avser depression och ångest samt att arbetet med suicidprevention skedde på ett ändamålsenligt sätt. Granskningen följde även upp en tidigare granskning på samma ämne från 2016.

Den samlade bedömningen av granskningen visade att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden inte hade etablerat en fullt ändamålsenlig styrning, uppföljning eller intern kontroll för att garantera att vården för depression, ångest och suicidprevention följer nationella riktlinjer. Rekommendationer från en tidigare granskning hade inte fullt ut implementerats. Trots att kunskapsstyrningsorganisationen skapade strukturer för kunskapsanpassning, hade verksamhetsutvecklingen stannat av, delvis på grund av en avvaktande inställning till nationella riktlinjer.

Utifrån granskningen lämnades fem rekommendationer till Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden. Granskningen omfattar endast Hälso- och sjukvårdsnämnden och uppföljningen av rekommendationerna fokuserar därav på nämndens åtgärder. Vi redogör nedan för rekommendationerna samt de åtgärder som gjort utifrån granskningen:

| Rekommendation 2021 | Nämndens svar 2021 | Uppföljning 2024 |
|---|---|--|
| Säkerställ att det sker ett proaktivt kvalitets- och utvecklingsarbete för att öka kunskapen inom verksamheten i väntan på att Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner ska färdigställa sina riktlinjer och program. | Nämnden säkerställer ett proaktivt kvalitets- och utvecklingsarbete genom etableringen av Kliniska kunskapsstödsenheten vars uppdrag är att arbeta med kvalitet och utveckling av vårdens processer samt genom det lokala programområde (LPO) psykisk hälsa som genom evidensbaserade metoder säkerställa ett kvalitetsmässigt underlag för beslut. | Vår granskning visar att det inte finns något systematiskt proaktivt kvalitets- och utvecklingsarbete för att förbättra kunskapen kring hanteringen av ångest, depression och suicid. Verksamheterna hanterar en hög arbetsbelastning och hinner inte alltid med att implementera nationella riktlinjer på ett strukturerat sätt. Även om många verksamheter redan arbetar i enlighet med nationella riktlinjer, saknas en formaliserad process för att införa dessa riktlinjer i den kliniska verksamheten. Regionen utvecklar inte egna vårdprogram, utan avvaktar nationella riktlinjer för att undvika arbete som kan bli överflödigt om det inte stämmer överens med nationella rekommendationer. |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Säkerställ att berörda förvaltningar skapar förutsättningar för att enskilt och gemensamt implementera arbets sätt och rutiner som leder till att beslutade rutiner och riktlinjer är kända på verksamhetsnivå.</p> | <p>Region Värmland deltar i det nationella kunskapsstyrningssystemet för att standardisera vården. LPO psykisk hälsa arbetar med att anpassa nationella riktlinjer lokalt och bildar arbetsgrupper för att säkerställa praktisk tillämpning.</p> | <p>Kunskapsstyrningsorganisationens arbete och struktur bidrar till att skapa en god grund för att ta emot nationella riktlinjer på en övergripande nivå. Vår granskning visar dock att det fortsatt finns utmaningar när det gäller att implementera dessa riktlinjer i den dagliga kliniska verksamheten. För närvarande finns det ingen process inom kunskapsstyrningsorganisationen för att följa upp hur de nationella riktlinjerna implementeras. Vi noterar vidare att vissa verksamheter har utvecklat egna system för att hantera nationella riktlinjer, medan andra inte har kapacitet att göra det på grund av hög arbetsbelastning. Sammanfattningsvis behöver implementeringen av nationella riktlinjer förstärkas på den kliniska nivån, och det krävs en mer strukturerad uppföljningsprocess för att säkerställa att riktlinjerna inte bara mottas, utan också tillämpas korrekt och konsekvent i mötet med patienter. Det är viktigt att ansvaret tydliggörs för att stödja verksamheterna i detta arbete och att det finns tydliga riktlinjer och resurser för att underlätta en framgångsrik implementering.</p> |
| <p>Säkerställ att styrande dokument omfattar samtliga av offentliga medel finansierad verksamhet i länet.</p> | <p>En arbetsgrupp i Region Värmland har genomfört en förstudie om vård och rehabilitering vid psykisk ohälsa, med förslag på nya arbetssätt och bättre samarbete mellan primärvård och psykiatri. Resultaten ska presenteras för vårdledningen och sjukvårdsnämnden under hösten 2021.</p> | <p>Vår granskning uppmärksammar att det finns en dialog mellan psykiatri och primärvården för att klargöra gränssnittet gällande patienter med psykiatriska besvär. Vi noterar vidare att det nu finns en överenskommelse om samverkan mellan primärvården och specialistvården rörande hantering av ångest, depression och suicid. Denna utveckling ses som ett positivt steg, men det finns indikationer på att samverkan behöver förstärkas ytterligare, särskilt när det kommer till suicidbedömningar. En förbättrad och mer robust dialog kan bidra till att säkerställa att patienter får en sammanhängande och effektiv vård.</p> |
| <p>Uppdra åt förvaltningen att i lämpliga forum för samverkan med regionala, kommunala och övriga icke offentliga aktörer informera om respektive verksamhet.</p> | <p>Samverkan och samordning är viktigt för att skapa fungerande verksamheter. Samverkan och samordning krävs på olika nivåer, övergripande på ledningsnivå för hela länet, verksamhetsövergripande och även på personnivå för patienter och brukare.</p> | <p>Vår granskning har visat att det finns en mängd olika samverkansforum inom regionen, där både interna och externa parter deltar. Dessa forum har ofta bildats som svar på specifika behov, vilket är positivt eftersom det visar på en flexibilitet och responsivitet inom organisationen. För att ytterligare förbättra samverkan och göra den mer effektiv skulle dock ett mer strategiskt och planerat angreppssätt vara fördelaktigt, särskilt med avseende på förebyggande insatser.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| Fortsätt mäta och följa upp effekterna av coronapandemin för att kunna sätta in adekvata åtgärder vid behov. | Ett Kunskapsstyrningsråd har inrättats för att hantera införandet av ny teknik. Rådet rekommenderar ett digitalt självhjälpsprogram för hantering av oro relaterad till Covid-19, med vissa användningsförbehåll. | Under vår granskning har vi inte stött på några dokumenterade analyser, uppföljningar eller rapporter som beskriver effekterna av pandemin på regionens arbete med ångest, depression och suicid. Intervjuer har dock indikerat att de digitala lösningarna som användes under pandemin, såsom videomöten, var effektiva under den tiden. Nu efterfrågar patienterna dock mer fysiska möten. Chattfunktionen har framhävts som en värdefull resurs för vissa patientgrupper som finner det svårt att verbalt uttrycka sina känslor och tankar kring ångest, depression och suicid. |
|--|---|--|

6.2 Vår bedömning

| Revisionsfrågor | Svar |
|--|--|
| Har åtgärder vidtagits med beaktande av de iakttagelser, synpunkter och rekommendationer som framfördes i den tidigare granskningen? | Delvis. Vi ser att regionens arbete med ångest, depression och suicid har utvecklats inom flera områden, exempelvis har samverkan stärkts upp och det finns nu en dialog mellan primärvården och specialistvården om dessa frågor, men det finns fortfarande utvecklingsbehov. En av de större utmaningarna är att säkerställa en god implementering av nationella kunskapsstödet i det kliniska arbetet trots hög arbetsbelastning. |

Stockholm den 12 december 2024

Anja Nilsson Roos
Certifierad kommunal yrkesrevisor
 EY

Anders Hellqvist
Specialist, Verksamhetsrevisor
 EY

Nina Högberg
Kvalitetssäkrare
 EY

Sara Jansson
Verksamhetsrevisor
 EY

7. Källförteckning

Dokument

- ▶ Regionplan och budget 2024
- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämndens samt regionstyrelsens yttrande över Granskning av omhändertagande och vård vid depression och ångest samt suicidprevention från 2021
- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll 2023–2024 samt bilagor, bland annat månadsrapporter
- ▶ Internkontrollplan 2024
- ▶ Psykiatrins utmaningar och möjligheter, presentation
- ▶ Länsgemensam strategisk plan för suicidprevention i Värmland
- ▶ Plan för god psykisk hälsa 2021–2024
- ▶ Psykisk hälsa och ohälsa i Värmland
- ▶ Strategisk kompetensförsörjningsplan
- ▶ Samverkansrutin för elevhälsa, första linjen unga, socialtjänst och barn och ungdomspsykiatri i Värmland
- ▶ Samarbete mellan psykiatri och allmänmedicin vid psykisk ohälsa hos vuxna
- ▶ Länsöverenskommelse gällande psykisk ohälsa hos barn och unga
- ▶ Svar på planeringsdirektiv 2024 Hälso- och sjukvård
- ▶ Delårsrapport 2023 hälso- och sjukvård
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse 2017–2023
- ▶ Årsredovisning 2023 Hälso- och sjukvård
- ▶ Årsrapport Suicidprevention 2023
- ▶ Utvecklingsplan för framtida hälso- och sjukvård Landstinget i Värmland
- ▶ Interna verksamhetsrutiner och riktlinjer för arbetet med suicidprevention och
- ▶ Verksamhetsplaner 2024 för ett urval av hälso- och sjukvårdens verksamhetsområden, exempelvis psykiatrisk öppenvård och slutenvård
- ▶ Psykiatrisk vård och behandling i Värmland
- ▶ Förslag på organisationsförändring, 2 april 2024
- ▶ Beslut om organisationsförändring inom område psykiatriska specialiteter, 24 juni 2024
- ▶ Interna presentationer eller informationsunderlag insamlade från intervjuade

Intervjuade funktioner

- ▶ Hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Områdeschef barn, kvinnosjukvård och habilitering
- ▶ Områdeschef psykiatriska specialiteter samt tf. områdeschef allmänmedicin
- ▶ Områdeschef ANOPIVA & prehospital vård
- ▶ Verksamhetschef ambulanssjukvården
- ▶ Verksamhetschef barn- och ungdomspsykiatri
- ▶ Enhetschef barn och ungdomspsykiatrisk mottagning 3, norra Värmland
- ▶ Enhetschef barn och ungdomspsykiatrisk mottagning 1, östra Värmland
- ▶ Enhetschef barn och ungdomspsykiatrisk mottagning 2, västra Värmland
- ▶ Enhetschef intensiva insatser barn- och ungdomspsykiatri
- ▶ Samordnare suicidprevention mot hälso- och sjukvården
- ▶ Samordnare suicidprevention övriga regionen samt länet
- ▶ Verksamhetschef barn, unga och familjehälsa
- ▶ Biträdande verksamhetschef barn, unga och familjehälsa
- ▶ Enhetschef: Första linjen
- ▶ Biträdande verksamhetschef psykiatrisk öppenvård
- ▶ Verksamhetschef psykiatrisk slutenvård
- ▶ Sakkunnig inom programområdet psykisk hälsa, överläkare psykiatrisk slutenvård
- ▶ Chefläkare psykiatri
- ▶ Verksamhetschef vårdcentralsområde norra Karlstad
- ▶ Verksamhetschef för vårdcentralsområde norra Värmland