



Avdelningen för vård och omsorg
Sektionen för vård och socialtjänst
Ing-Marie Wieselgren
Tfn 08-42 77 92

Förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa

Bakgrund

Regeringen (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Landsting har i en överenskommelse enats om en långsiktig satsning för att förbättra tillgängligheten till rätt insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. Målet med denna satsning på en förstärkt vårdgaranti är att öka tillgängligheten inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Alla landsting, ska kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar senast år 2012.

För att nå detta mål bör landstingen se över hur insatser för barn- och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom erbjuds och görs tillgängliga. Att ha en tillgänglig, kunskapsbaserad och väl utvecklad s.k. första linjens barn- och ungdomspsykiatri ger förutsättningar för den specialiserade, andra linjens, barn- och ungdomspsykiatri att erbjuda korta väntetider för barn- och ungdomar med svårare och mer komplicerade behov.

Överenskommelsen innebär att staten avsätter, för 2009, 214 miljoner kronor till landstingen för att stimulera en ökad tillgänglighet. Av tillgängliga medel fördelas hälften - 107 miljoner kronor - under 2009 till de landsting som når målet att minst 80 procent av patienterna får ett första besök inom specialiserad vård inom högst 30 dagar. Den andra hälften - ytterligare 107 miljoner kronor - fördelas under 2009 till de landsting som når målet att minst 60 procent får definierade behandlingar och fördjupade utredningar inom planerad specialiserad vård inom högst 60 dagar. Fördelningen mellan landstingen sker i relation till deras befolkningsandel, baserat på befolkningsunderlaget vid tidpunkten när beräkningen av medel genomförs.

Tills vidare är det den nationella vårdgarantins tidgränser med 90 + 90 dagar som gäller för när patienten ska erbjudas besök eller behandling i annat landsting. De tidsgränser som presenteras ovan gäller *enbart för stimulansmedlen*.

Speciella förhållanden och nödvändiga anpassningar

Erfarenheterna från tidigare tillgänglighetsarbete inom sjukvården visar att rutiner och ledtider i alla processer behöver ses över för att få en god tillgänglighet. Inom området barn och ungas psykiska ohälsa finns fler aktörer än i andra delar av sjukvården. Det finns i många landsting en otydlighet kring vad som är definierat

som första linjen och vem som har uppdraget. Primärvårdens roll är ofta oklar och de har inte alltid uppdrag och resurser (personal och kompetens) för att ta emot barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Besök och bedömningar görs till stor del av annan personalkategori än läkare. Det är ovanligt med remisser till Barn och ungdomspsykiatri (BUP). De flesta patienterna tar själva kontakt med BUP. Även om en kontakt tagits med skolhälsovård eller primärvård så skickas inte remiss utan patienten eller föräldrarna uppmanas själva kontakta BUP. BUP bidrar delvis till detta eftersom vissa BUP-kliniker har som policy att alla föräldrar eller äldre ungdomar själva måste ta kontakt för att en vårdbegäran ska anses ha kommit in. För att vården ska vara lättillgänglig för barn och ungdomar och deras föräldrar behöver vårdutbudet, dvs vilka vårdinsatser som finns för olika tillstånd, tydliggöras. Ett tydligt vårdutbud och bra information till medborgarna som gör att patienterna kommer rätt från början, detta ökar effektiviteten i vården och minskar ledtiderna.

Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar identifieras ofta hos annan huvudman än landstinget och det kräver samverkan mellan kommun (skola, socialtjänst) och landsting.

Definitioner och regelverk kring vårdgarantin för barn och ungdomar med psykisk ohälsa kommer att i möjligaste mån följa det som gäller för den nationella vårdgarantin i övrigt.

För att förbättra tillgängligheten till de specialiserade insatserna behöver hela vårdkedjan och alla vårdprocesser ses över. Diskussioner behöver ske i alla landsting kring vad som gäller inom respektive område och kring olika typer av psykisk ohälsa. Samarbete och gemensamma rutiner med verksamheter såväl inom som utanför landstinget krävs för god tillgänglighet. Barnpsykiatri är en liten verksamhet med ett stort antal vårdgrannar vilket innebär stora utmaningar när det gäller att skapa en god logistik. Det innebär att det måste vara ett gemensamt ansvar inom landstinget att skapa effektiva processer om det ska lyckas.

Definition av punkter och klargörande av vad som gäller lokalt

Landstingen bör klargöra var ansvaret ligger för dessa olika mätpunkter när det handlar om psykisk ohälsa hos barn och unga:

0	+	7	+	90 (30)	+	90 (60)
Kontakt med första linjens vård ex Primärvård Skolhälsovård, Barnhälsovård el speciell rådgivningsfunktion		Besök och bedömning på första linjen, ev gemensam bedömningsfunktion		Besök hos specialist		Fördjupad utredning hos specialist

Beslutsordning

I landstinget bör finnas en klart uttalad aktör som har ansvar att ha en hög tillgänglighet som möjliggör telefonkontakt samma dag och en bedömning inom 7 dygn på första linje nivå. Detta ska ske inom 0 + 7 dagar enligt den nationella vårdgarantin.

När barnet/ungdomen själv, eller vårdnadshavare, kontaktar förstalinjen eller specialistverksamheten avgörs först om detta är ett akut ärende eller ett icke akut ärende.

Vid akuta behov sker insatser snabbt enligt praxis.

Om det istället bedöms vara icke akut vård ska det avgöras om detta är ett ärende (vårdbegäran) som ska

1. avvisas eller hänvisas vidare (vårdbegäran avvisas),
2. kan hanteras med förstalinjens insatser eller
3. behöver insats på specialistnivå (vårdbegäran skickas till specialistnivån).

Om det bedöms finnas behov av specialistbedömning fattas ett *beslut* om detta (gäller som beslutsdatum).

En remiss (skriftlig vårdbegäran) skickas *eller* en muntlig kontakt tas med en berörd vårdenhet *eller* beslutet tas på ett samrådsmöte/nätverksmöte (muntlig vårdbegäran).

Det är alltså datum för beslut då man kom överens med patienten om att skicka remiss som gäller som startdatum för att räkna tid i vårdgarantin.

Inom barnpsykiatri finns en speciell semistrukturerad, databaserad intervju BCFPI. framtagen som ger en god bedömningsgrund för såväl typ av problem (diagnos) och svårighetsgrad. Det finns också verksamheter som använder sig av annan telefonintervju som första kontakt. Enbart telefonintervju helt utan besök kan dock inte räknas som bedömning på specialistnivå utan bör i så fall räknas som en förstalinjes bedömning. Däremot kan telefonintervjun vara inledningen på bedömningen hos specialist men följs då även av ett besök.

Utökade mätningar

Hittills har endast tid till förstabesök hos specialist redovisats i den nationella väntetidsdatabasen. För att kunna följa tillgängligheten för hela vårdkedjan behöver den nationella väntetidsdatabasen kompletteras vilket kommer att ske under våren 2009. Några landsting kommer på prov att lämna uppgifter under våren. Övriga landsting ska rapportera i väntetidsdatabasen i augusti. Registreringarna sker som tidigare via rapportörer och väntetidssamordnarna i respektive landsting. I vissa landsting går det att enkelt få ut uppgifterna ur datasystemen men i andra fall kommer det att krävas manuella procedurer.

Erfarenheterna från tillgänglighetsarbetet i övriga vården är att genom att arbeta med sina rutiner och det praktiska hanterandet av remisser, kontakter, väntelistor etc. har förbättringar skett som varit till nytta för både patienter och verksamheten i stort.

Enligt samma rutiner som vid nuvarande mätningar görs en avstämning av antalet väntande den sista i varje månad och detta rapporteras in under den påföljande månaden. Aktuella uppgifter redovisas sedan med en månads fördröjning i väntetidsdata basen som finns tillgänglig för alla på nätet. <http://www.vantetider.se>

All registrering ska i fortsättningen ske i intervall. På webbplatsen visas hur många som har väntat högst 30 dagar, 60 dagar respektive 90 dagar samt hur många har väntat mer än 90 dagar. Där presenteras också i hur stor utsträckning det handlar om självvald väntan, det vill säga att patienten själv väljer att skjuta upp besök eller behandling till en tidpunkt som passar dem bättre.

I september finns det tre redovisade uppgifter på antal väntande:

- Antal som väntar på förstabetesök hos specialist (finns redan nu)
- Antal som väntar på fördjupad utredning hos specialist
- Antal som väntar på behandling hos specialist.

Det betyder att alla som väntar på någon **beslutad** utredning eller behandling ska registreras. Det handlar om barn och ungdomar 0-18 år med psykisk ohälsa.

Vården beräknas levererad när besök sker hos personal som av huvudmannen bedöms ha rätt kompetens och när avsedd fördjupad utredning eller behandling startar.

Vad ska rapporteras?

Väntande per tidsintervall

Rapportering ska ske av antalet väntande patienter per tidsintervall i dagar till ett förstabetesök, till fördjupad utredning och behandling där beslut om vårdbegäran fattats enligt givna medicinska indikationer. Om möjligt rapporteras könsuppdelat. Det betyder att såväl bokade som obokade patienter ska inkluderas liksom ombokade patienter som fått en tid framflyttad på grund av att verksamheten ändrar avtalad tid. Medicinskt orsakad eller patientvald väntan rapporteras separat. Återbesök eller kontrollbesök ska inte ingå.

Definitioner

Förstabetesök hos specialist

Öppenvårdsbesök som initierats av remiss/vårdbegäran eller egen vårdbegäran.

Fördjupad utredning

Är en av specialistnivån beslutad mer omfattande utredning ex: neuropsykiatrisk utredning för ADHD eller autism, kognitiv funktionsnivå utredning, komplicerad diagnostisk utredning eller annan utredning.

Behandling

Är en av specialistnivån beslutad behandling ex läkemedelsbehandling för ADHD eller depression, psykoterapi eller annan samtalsbehandling enskilt eller i grupp ex KBT, DBT, familjeterapi, psykodynamisk terapi, träningsprogram ex för autism, hantera livet eller annan behandling.

Kommentar:

Väntan till en särskild insats, det vill säga en beslutad åtgärd, ska alltid rapporteras. Även om patienten får annan behandling i avvaktan på beslutad åtgärd innebär det att patienten fortfarande väntar på den först beslutade åtgärden. Om ny väntetid uppstår efter ex utredning och före behandling är det en ny väntan. Vilka fördjupade utredningar eller behandlingar som görs vid olika tillstånd baseras på aktuella lokala vårdprogram och definieras inte i vårdgarantin.

Vårdbegäran

Är en skriftlig eller muntlig vårdbegäran från annan vårdgivare eller en egenanmälan av patient eller föräldrar.

Väntetid

Väntetiden mäts från beslut om vårdbegäran (vårdgarantins utfästelse). Startdatum för beräkning av väntetid är det datum då beslut fattats om att skriva en remiss/vårdbegäran. Vid muntlig hänvisning av annan vårdgivare räknas från dagen samtalet skedde och dokumenterats i journalen.

Vårdgivare

Personal som har adekvat kompetens för att ta emot och ge lämplig insats för aktuell vårdbegäran. För allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri avses totalt antal väntande till även annan vårdgivare än läkare (t ex. specialistsjuksköterska, psykolog).

Patientvald väntan

1. Patienter som själva valt att vänta minst 14 dagar längre än erbjuden tid.
2. Patienten tackar nej till utredning eller behandling på annan enhet.
3. Patienten tackar aktivt nej till erbjudande om besök/utredning/behandling utanför det egna landstinget/regionen.

Stimulansbidrag 2009 - villkor

214 miljoner finns avsatta för 2009

Grundkrav för att få del av pengarna är att **90 %** av verksamheterna/enheterna rapporterar uppgifter till den nationella väntetidsdatabasen.

Pengarna är delade i två potter:

- **107 miljoner** delas av de landsting där **80 %** av patienterna har väntat högst **30 dagar** på förstabetesök
- **107 miljoner** delas av de landsting där **60 %** av patienterna har väntat högst **60 dagar** på fördjupad utredning eller behandling

Det finns planering för 214 miljoner per år även 2010 och 2011
SKL förväntar sig förhandlingar om skarpare mål för varje år med slutmål 30 + 30 dagar i slutet av 2011. Andelen som ska klara gränserna kommer sannolikt också att förändras.

Tidsgränser för den nationella vårdgarantin och för stimulansbidraget.

- | | |
|------|--|
| 0+7 | Mäts inte i dag specifikt för barnpsykiatri och omfattas inte när det gäller dessa stimulanspengar. |
| (90) | Efter beslut på förstalinjes nivå om behov av specialistinsats, ska bedömning erbjudas inom högst 90 dagar.
<i>För 2009 gäller 30 dagar som gräns för att få stimulansbidrag</i> |
| (90) | Efter beslut om att en fördjupad utredning eller behandling ska detta erbjudas inom 90 dagar. Beslut om att behandling eller utredning ska noteras i journalen.
<i>För 2009 gäller 60 dagar som gräns för att få stimulansbidrag</i> |

Fördelning av pengar och utbetalning

De avsatta medlen 107 miljoner + 107 miljoner fördelas per landsting efter inne-
vånarantal. Landstingen är garanterade ett lägsta belopp (beräknat på att alla kla-
rar tidskraven). Om några landsting inte klarar kraven fördelas deras andelar till
de landsting som klarat kraven.

Pengar kommer att utbetalas till de landsting som klarat den ena eller båda tids-
kraven det vill säga A) första besök eller B) fördjupad utredning och behandling.
Om landstinget uppfyllt kraven avgörs av den inrapportering som gjorts i vänte-
tidsdatabasen i nov 2009 det vill säga **antal väntande den 31 oktober 2009.**

Landstingen kommer att ha möjlighet att se resultaten under hösten 2009 på
www.vantetider.se.

Socialstyrelsen ansvarar för att utbetala pengarna och utbetalningarna kommer att
ske i december. Socialstyrelsen informerar om hur utbetalningarna sker och vill-
kor för dessa. Ett brev har skickats till alla landsting. Socialstyrelsens dnr 00-
2899/2009.

Vid frågor kontakta

Berlith Persson	berlith.persson@skl.se	08-452 78 82
Hélène Ellström	helene.ellstrom@skl.se	08 -452 77 06
Ing-Marie Wieselgren	ing-marie.wieselgren@skl.se	08-452 77 92