

Satsning på en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa 2009

Uppföljning av statsbidrag

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2010-7-2

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juli 2010

Förord

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen fördelat 214 miljoner kronor till landstingen 2009 med syfte att stödja huvudmännen i arbetet med att förbättra tillgängligheten till rätt insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. Statsbidrag har också fördelats till landstingen 2007 och 2008 med syfte att förbättra tillgängligheten för målgruppen.

Socialstyrelsen har också i uppdrag att på nationell nivå ansvara för uppföljning och utvärdering av de insatser som landstingen genomfört med bidraget. Denna uppföljning baseras huvudsakligen på en sammanställning av de redovisningar om som landstingen har lämnat till Socialstyrelsen. Detta är den tredje uppföljningen som Socialstyrelsen har gjort av dessa statsbidrag.

Rapporten har utarbetats av *Ingrid Ström* som också varit projektledare och *Thomas Malm*. *Charlotta Hansell* har tagit fram diagram. *Leif Forsberg* och *Hillevi Rydh* har bidragit med underlag från patientregistret. Statsbidraget har administrerats av *Mårten Jansson*. Ansvarig chef för projektet har varit *Ann Holmberg*.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	10
Uppdraget	10
Bakgrund	10
Regeringens mål och riktlinjer för bidraget 2009	11
Avgränsning	12
Metod och genomförande	12
Beteckningar	13
<i>Resultat – landstingens redovisningar</i>	14
Inledning	14
Fortsatt uppföljning av 2007 och 2008 års bidrag	14
Ekonomiska redovisningar av 2007 och 2008 års bidrag	15
Redovisning av 2009 års bidrag	15
Verksamheter som får ta del av 2009 års bidrag	15
Satsningar på första linjens hälso- och sjukvård för målgruppen	16
Följer landstingen tillgänglighet till första linjens hälso- och sjukvård för målgruppen?	18
Samverkan med verksamheter utanför landstinget	18
Landstingens synpunkter på statsbidragen	19
Erfarenheter av 2007 och 2008 års statsbidrag	19
Erfarenheter av 2009 års prestationsbaserade bidrag för en förstärkt vårdgaranti	19
<i>Resultat – inrapportering till register</i>	21
Patientregistret	21
Databasen Väntetider i vården	22
Inrapportering från barn- och ungdomspsykiatri	22
Inrapportering enligt den förstärkta vårdgarantin	24
Kvalitetsregister inom psykiatri	26
<i>Diskussion</i>	28
<i>Referenser</i>	32
<i>Ekonomisk redovisning</i>	33
Specifika verksamheter som får ta del av 2009 års statsbidrag	33

Sammanfattning

Socialstyrelsen har 2009 för tredje året i rad haft regeringens uppdrag att fördela 214 miljoner kronor till landstingen med syftet att stödja huvudmännen i arbetet med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen har också i uppdrag att på nationell nivå ansvara för uppföljning och utvärdering av de insatser som landstingen genomfört med bidraget. Två tidigare uppföljningar har publicerats 2008 och 2009.

Målet med regeringens satsning är att öka tillgängligheten inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Kopplat till satsningen finns en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en förstärkt vårdgaranti för målgruppen. Inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri ska alla landsting, utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, senast 2011 kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning/behandling inom högst 30 dagar.

Regeringen har beslutat om ett statsbidrag på 214 miljoner även för 2010 och avser även att avsätta medel för 2011. Förutsatt att 2011 års bidrag beslutas innebär detta en tillgänglighetssatsning på drygt en miljard kronor till landstingen för åren 2007–2011 för barn och unga med psykisk ohälsa.

2009 års statsbidrag är, till skillnad från de två tidigare, prestationsbaserat och kopplat till inrapportering och mätning av väntetider i databasen Väntetider i vården. Som grund för fördelningen av bidraget gjordes en mätning i databasen i oktober 2009. 18 av 21 landsting klarade då samtliga krav som ställdes. Ett landsting, Dalarna klarade inte målet att 80 procent av patienterna får komma på ett första besök inom högst 30 dagar. Två landsting, Kronoberg och Örebro, klarade inte målet att 60 procent av patienterna får komma på beslutad fördjupad utredning/behandling inom högst 60 dagar.

Den mätning som gjordes i väntetidsdatabasen i mars 2010 visade på ett sämre resultat än halvåret innan. Sex landsting, jämfört med ett i oktober 2009, klarade då inte målet att 80 procent av patienterna får ett första besök inom högst 30 dagar.

Sett över de senaste två åren har inrapporteringsfrekvensen till BUP i väntetidsdatabasen förbättrats. Antalet barn och unga som har väntat längre än 90 dagar på besök till barn- och ungdomspsykiatri har sjunkit i riket under perioden oktober 2008–mars 2010. Samtidigt kan en ökning i kategorin ”patientvald eller medicinskt vald väntan” ses under samma period.

Socialstyrelsen har avgränsat uppföljningen till att kartlägga de insatser som landstingen gjort eller planerar att göra med statsbidragen 2007–2009. Resultatet av uppföljningen i mars 2010 visar att 10 av 21 landsting uppger att 2007 års medel är helt förbrukade. Uppskattningsvis har ca 80 procent av 2007 års medel tagits i anspråk den 1 mars 2010. Flertalet av de insatser som startade med 2007 års bidrag har även fortsatt under 2009. Drygt hälft

ten av landstingen hade insatser som fortsatte även under 2010. Att insatserna är långsiktiga kan förklaras av deras karaktär, vanligast var områdena personalförstärkning och utbildning. Flera landsting har också valt att fortsätta finansiera dessa insatser med medel från 2008 års statsbidrag.

Fyra landsting uppger att 2008 års medel är helt förbrukade. Grovt uppskattat är ca hälften av 2008 års medel förbrukade. Även huvuddelen av 2008 års bidrag budgeterades till personalkostnader, utbildningar och kompetenssatsningar. Flertalet av dessa insatser är också fleråriga. Landstingen uppger att långsiktig planering och förankring tar tid.

2009 års statsbidrag fördelades ut i december 2009. Detta innebär att flertalet landsting fortfarande befann sig i planeringsstadiet vid Socialstyrelsens uppföljning i mars 2010. Den preliminära bild som uppföljningen ger visar att majoriteten av landstingen väljer att lägga hela eller delar av 2009 års statsbidrag på satsningar som startade med 2007 eller 2008 års bidrag. Den största delen av bidraget går som tidigare år till BUP. Flertalet landsting uppger också att man planerar insatser som har första linjens hälso- och sjukvård som mål.

I den förstärkta vårdgarantin är tillgänglighet synonymt med tillgänglighet till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Samtidigt framhålls att en välfungerande och tillgänglig s.k. första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa är en förutsättning för den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Med en första linje menas ofta mödra- och barnhälsovård, vårdcentral, familjecentral, skolhälsovård och ungdomsmottagning. Kunskap om tillgänglighet till denna första linje saknas. Flera landsting framhåller i uppföljningen att en tydligt definierad första linje för åldersgruppen är en förutsättning för att kunna följa tillgängligheten och att detta till stor del saknas idag.

Begreppet tillgänglighet har fler dimensioner än att mäta väntetider. Tillgänglighet handlar exempelvis om kunskap om vart man ska vända sig och tydlighet i utbudet. Det kan även handla om fysisk och geografisk tillgänglighet. För att följa dessa dimensioner av tillgänglighet krävs andra sorters data och studier än väntetidsmätningar.

Bristen på nationella kvalitetsdata (t.ex. i hälsodataregister och kvalitetsregister) utgör ett problem vid uppföljning och utvärdering av nationella satsningar. Utvecklingsarbete av bland annat kvalitetsindikatorer pågår och på längre sikt kommer detta att underlätta uppföljningar av verksamheter inom området. Tidsaspekten har också stor betydelse för uppföljning av nationella satsningar. Förändringar av breda verksamheter, som hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa, där många aktörer deltar kräver systematiska insatser under flera år.

Socialstyrelsen kommer därför att inför fortsatt uppföljning av statsbidragen och den förstärkta vårdgarantin utveckla formerna för att mer strukturerat kunna följa utvecklingen i landstingen.

Socialstyrelsen konstaterar sammanfattningsvis att:

- Medel från både 2007 och 2008 års statsbidrag fortfarande används. En förklaring är långsiktiga satsningar där medel periodiserats över flera år. Kompetenssatsningar och personalförstärkningar är exempel på detta.
- Alla medel för 2009 har ännu inte fördelats i landstingen. Landstingen planerar att fortsätta flera av de satsningar som startades med 2007 och 2008 års statsbidrag. Satsningar på första linjen vid sidan av BUP fortsätter.
- Samlad kunskap om tillgänglighet till första linjens hälso- och sjukvård för målgruppen saknas. Flera landsting framhåller att det för detta krävs en tydligt definierad första linje, något som idag saknas.
- Inrapporteringsfrekvensen till väntetidsdatabasen har förbättrats. Antalet barn och unga som får vänta mer än 90 dagar på ett besök till BUP har minskat. Samtidigt har antalet i kategorin ”patientvald eller medicinskt vald väntan” ökat.
- 18 av 21 landsting klarade kraven för att få hela statsbidraget 2009 vid den väntetidsmätning som gjordes i oktober 2009. Mätningen i mars 2010 visade på ett sämre resultat jämfört med mätningen i oktober 2009. Fördelningen av statsbidraget 2010 grundas på en mätning i oktober 2010 och inför denna har kraven höjts.
- Sett ur ett patient- eller befolkningsperspektiv är den långsiktiga utvecklingen och hållbarheten i måluppfyllelsen av tillgänglighet viktigare än ett enskilt mättillfälle.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen fick 2009 i uppdrag av regeringen att fördela 214 miljoner kronor i bidrag till landstingen för år 2009. Syftet med bidraget är att stödja huvudmännen i arbetet med att förbättra tillgängligheten till rätt insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. Kopplat till bidraget är en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa.

Socialstyrelsen har också i uppdrag att på nationell nivå ansvara för uppföljning och utvärdering av de insatser som landstingen genomfört med bidraget.

Bakgrund

Socialstyrelsen har 2007 och 2008 på uppdrag av regeringen fördelat 214 miljoner kronor årligen till landstingen för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen har också haft i uppdrag att på nationell nivå följa upp och utvärdera de insatser landstingen genomfört med bidragen.

2007 års bidrag hade som syfte att stödja huvudmännen i arbetet med att förbättra kvaliteten i och öka tillgängligheten till verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa. I den rapport som lämnades till regeringen i juni 2008 konstaterades bland annat att de flesta landsting uppgett att man satsar på en första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa [1]. Statsbidraget uppfattades som en engångssatsning.

Parallellt med 2007 års satsning ingick regeringen en överenskommelse med SKL som åtog sig att utreda förutsättningarna för en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri [2]. SKL gjorde bedömningen i slutet av 2007 att en förstärkt vårdgaranti kan uppnås först 2011 i samtliga landsting [3].

2008 års bidrag hade som syfte att stödja huvudmännen med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Stimulansbidraget var enligt regeringen avsett att utgöra en plattform för insatser som syftar till att nå den planerade förstärkta vårdgarantin under år 2011.

I den rapport som Socialstyrelsen lämnade till regeringen i juli 2009 konstaterades att medlen från 2007 års statsbidrag fortfarande användes [4]. Få av 2007 års insatser var avslutade. Landstingen hade ännu inte beslutat om vad hela 2008 års statsbidrag skulle användas till. Vidare konstaterades att det finns flera problem med att se om de statsbidragsfinansierade insatserna bidrar till att tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri förbättras. Bland annat är det svårt att veta vilka insatser landstingen skulle ha genomfört utan statsbidraget.

Regeringen och SKL tecknade i februari 2009 överenskommelsen om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa [5]. I

överenskommelsen framhålls att god tillgänglighet till hälso- och sjukvård i form av såväl förebyggande insatser som bedömning och behandling på första linjens hälso- och sjukvård eller specialistnivå utifrån bedömt behov är en förutsättning för att kunna ge rätt insatser så tidigt som möjligt. Statsbidraget 2009 är en del i överenskommelsen om en förstärkt vårdgaranti och är avsedd som en plattform för att nå den förstärkta vårdgarantin 2011. I överenskommelsen aviseras att regeringen för 2010 och 2011 avser avsätta ytterligare 214 miljoner kronor per år för fortsatt satsning för att nå den förstärkta vårdgarantin.

Regeringen har därefter fattat beslut om stimulansbidrag för 2010 och tecknat en ny överenskommelse med SKL (december 2009) om formerna för detta [6].

Regeringens mål och riktlinjer för bidraget 2009

Målet med satsningen på en förstärkt vårdgaranti är att öka tillgängligheten inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri ska alla landsting, utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, senast 2011 kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning/behandling inom högst 30 dagar.

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.

Statsbidraget kan användas till att utveckla och samordna rollerna och funktionerna för de aktörer som är delar i första linjens barn- och ungdomspsykiatri i syfte att öka tillgängligheten och korta väntetider för barn och ungdomar i enlighet med ovan nämnda mål.

Bidraget ska användas som en förstärkning av verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa och får inte användas för att minska de resurser som landstingen själva satsar eller planerar att satsa inom detta område.

2009 års bidrag är till skillnad från 2007 års och 2008 års statsbidrag prestationsbaserat och kopplat till inrapportering av väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri till databasen Väntetider i vården. Bidraget betalas ut efter prestation och baseras på de resultat som respektive landsting har uppnått och som kan påvisas via databasen.

Ett grundkrav är att 90 procent av verksamheterna/enheterna i varje landsting registrerar i väntetidsdatabasen. Enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL ska halva bidraget, 107 miljoner kronor, fördelas mellan de landsting som når målet att minst 80 procent av patienterna i landstinget får ett första besök inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri inom högst 30 dagar. Den andra halvan av bidraget, 107 miljoner kronor, fördelas mellan de landsting som når målet att minst 60 procent av patienterna får definierade behandlingar eller fördjupade utredningar inom planerad specialiserad vård inom högst 60 dagar. Fördelningen av bidraget mellan

de landsting som uppnår dessa mål sker i relation till deras befolkningsandel.

Avgränsning

Socialstyrelsen ska på nationell nivå följa upp och utvärdera de insatser som landstingen genomfört med 2009 års bidrag. Av flera skäl, inte minst bristen på nationella data och tidsaspekten, har det inte varit möjligt att *nationellt utvärdera* de insatser som landstingen genomfört med statsbidraget. Detta har också tidigare framförts i uppföljningarna av 2007 och 2008 års statsbidrag. 2009 års statsbidrag betalades dessutom, i enlighet med överenskommelsen, ut i december 2009 vilket gör att tiden fram till Socialstyrelsens uppföljning i mars 2010 blir mycket kort.

Socialstyrelsens uppföljning har därför avgränsats till att kartlägga och översiktligt bedöma de insatser som landstingen redovisat att man gjort eller planerar att göra med statsbidragen.

I regeringsuppdraget 2008 ingick också att följa upp fortsatta erfarenheter och effekter av 2007 års statsbidrag. Den uppföljning som Socialstyrelsen genomförde våren 2009 visade att endast ett fåtal av de insatser som startade med 2007 års bidrag var avslutade. Medel från 2007 används fortfarande. Flera landsting redovisade insatser som pågår till och med 2010. Socialstyrelsen konstaterade att bilden av både pågående och planerade insatser har blivit alltmer komplex med två års överlappande statsbidrag med delvis olika syften.

Mot bakgrund av ovanstående har Socialstyrelsens uppföljning av 2009 års statsbidrag också inkluderat fortsatt uppföljning av de insatser som finansierats med 2007 och 2008 års statsbidrag.

Metod och genomförande

Socialstyrelsen informerade samtliga landsting om statsbidraget och uppdraget i april 2009. I december 2009 fördelades bidraget. Fördelningen gjordes, i enlighet med villkoren i överenskommelsen, med utgångspunkt från resultaten i databasen Väntetider i vården. Avläsningen skedde i början av december 2009 och grundar sig på mättillfället 2009-10-31.

Uppföljningen följer i princip samma upplägg som Socialstyrelsens uppföljning av 2008 års statsbidrag. I uppföljningen har följande områden belysts:

- Kartläggning av påbörjade och planerade insatser finansierade med 2009 års statsbidrag inklusive budget för dessa.
- Fortsatt uppföljning av landstingens satsningar finansierade med 2007 respektive 2008 års statsbidrag – verksamhetsredovisning och ekonomisk redovisning.
- Uppföljning av hur landstingens rapportering till databasen Väntetider i vården utvecklas.
- Fortsatt uppföljning av hur landstingens rapportering till patientregistret (PAR) utvecklas (ingick som krav för 2007 års statsbidrag).

Kartläggningen av insatser baseras på en enkät med öppna svar ställd till samtliga landsting. Enkäten skickades ut i mars 2010. Redovisningen av 2007 års och 2008 års statsbidrag avsåg vad som hänt 1 mars 2009 – 1 mars 2010, dvs. under perioden sedan Socialstyrelsens förra uppföljning. Redovisningen av 2009 års statsbidrag avser påbörjade eller planerade insatser per den 1 mars 2010 och skulle för varje enskild insats innehålla uppgift om:

- Syfte
- Konkreta mål
- Innehåll
- Deltagande verksamheter
- Tidsperiod
- Uppföljning
- Budget

Dessutom ställdes frågor om någon insats haft som mål att stärka första linjens hälso- och sjukvård, om vilka specifika verksamheter inom landstinget som fått ta del av bidraget, om några insatser skett i samverkan med verksamheter utanför landstinget, om landstinget följer tillgängligheten till första linjens hälso- och sjukvård och om uppföljningar av statsbidragen. Slutligen ställdes frågor om landstingens synpunkter på statsbidragen.

Skrivelsen med frågeformuläret ställdes direkt till samtliga landsting och för kännedom till kontaktpersoner för statsbidraget i landstingen. Samtliga landsting har under våren 2010 skickat in redovisningar till Socialstyrelsen.

Beteckningar

I rapporten används beteckningen landsting även för Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Gotlands kommun. Landstingen benämns oftast med enbart den geografiska delen av namnet, exempelvis Kalmar i betydelsen Landstinget i Kalmar län.

I de överenskommelser och regeringsbeslut som kopplats till statsbidragen har begreppen första linjens hälso- och sjukvård (alternativt första linjens barn- och ungdomspsykiatri) och den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri använts. I denna uppföljning används begreppet första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa om verksamheter som mödrahälsovård, barnhälsovård, primärvård (vårdcentral, familjecentral), skolhälsovård och ungdomsmottagning.

Resultat – landstingens redovisningar

Inledning

I detta avsnitt redovisas en sammanställning av de redovisningar som landstingen lämnat till Socialstyrelsen om läget per den 1 mars 2010 avseende 2009 års statsbidrag. Underlaget innehåller också fortsatta redovisningar av 2007–2008 års statsbidrag.

Socialstyrelsen konstaterade våren 2009 i uppföljningen av 2008 års statsbidrag att bilden av pågående och planerade insatser i landstingen blivit alltmer komplex med två års överlappande statsbidrag med delvis olika syften. Medan 2007 års bidrag uppfattades som en engångssatsning har bidragen för 2008 och 2009 presenterats som plattformar avsedda för att uppnå den förstärkta vårdgarantin 2011.

2009 års statsbidrag är till skillnad från de tidigare bidragen prestationsbaserat och kopplat till inrapportering av väntetider inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri till databasen Väntetider i vården. Enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL kan dock även 2009 års bidrag användas för insatser inom den s.k. första linjens barn- och ungdomspsykiatri. Enligt överenskommelsen fördelades 2009 års bidrag i december 2009 vilket innebär att landstingen till stor del var i planeringsstadiet vad gäller användningen av bidraget vid Socialstyrelsens uppföljning våren 2010.

Fortsatt uppföljning av 2007 och 2008 års bidrag

Socialstyrelsens uppföljning våren 2009 visade att flertalet insatser med 2007 års bidrag även planerades fortsätta under hela 2009. Drygt hälften av landstingen hade insatser som planerades fortsätta även under 2010. Detta kunde till stor del förklaras med insatsernas karaktär. De vanligast förekommande insatserna var inom områdena personalförstärkning och utbildning.

En fjärdedel av landstingen använde hela 2008 års bidrag till att fortsätta insatser som startade med 2007 års bidrag. Ytterligare en fjärdedel använde hela 2008 års bidrag till nya insatser och resterande landsting satsade bidraget på både gamla och nya insatser. Grovt uppskattat budgeterades även huvuddelen av 2008 års bidrag för personalkostnader, utbildningar och kompetenssatsningar.

Uppföljningen våren 2010 visar att generellt sett löper insatserna i landstingen som planerat om än med vissa förseningar. Rekryteringsproblem har förekommit. Några landsting redovisar insatser som har permanentats och idag ingår i ordinarie verksamhet.

Ekonomiska redovisningar av 2007 och 2008 års bidrag

Hälften av landstingen uppger att 2007 års medel är helt förbrukade. Uppskattningsvis drygt 80 procent av 2007 års statsbidrag på totalt 214 miljoner kronor hade tagits i anspråk per den 1 mars 2010. Landstingen uppger att återstående medel, knappt 20 procent, är intecknade för insatser. Flertalet av dessa är pågående fleråriga insatser. Detta innebär att kostnaden för insatsen har periodiserats över ett antal år. I några fall uppges dessa löpa till 2011. Ett fåtal landsting uppger rekryteringsproblem och omorganisation som anledning till förseningar.

Fyra landsting uppger att även 2008 års statsbidrag är förbrukade. Grovt uppskattat är drygt hälften av 2008 års statsbidrag på totalt 214 miljoner kronor förbrukade. Landstingen uppger att återstående medel är intecknade. Då även 2008 års statsbidrag används till fleråriga insatser genereras kostnaden efter hand. Flera landsting uppger insatser som planeras löpa till 2011, i några fall längre.

Långsiktig planering och förankring tar tid anger flera landsting. Stockholms läns landsting anger att man tagit fram en handlingsplan då det blev klart att de statliga bidragen framöver skulle fokusera på tillgänglighet. Syftet anges vara att medlen ska bidra till en mer långsiktig utveckling mot tillgänglighet. Detta har medfört att konkreta insatser kom igång först hösten 2009. Några landsting uppger rekryteringsproblem, svårigheter att hinna med att "omprioritera" och att förankringen tagit längre tid än beräknat. Införande av vårdvalssystem och belastning på primärvården på grund av svininfluensan nämns också som anledningar till förseningar.

Redovisning av 2009 års bidrag

Socialstyrelsen fördelade i december 2009 statsbidraget på 214 miljoner kronor med utgångspunkt från resultaten i databasen Väntetider i vården i enlighet med villkoren i överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Avläsningen skedde i början av december 2009 och grundar sig på måttillfället 2009-10-31.

Resultatet av mätningen blev att 18 av 21 landsting klarade de mål som ställdes i överenskommelsen. Ett landsting, Dalarna klarade inte målet att 80 procent av patienterna får komma på ett första besök inom högst 30 dagar. Två landsting, Kronoberg och Örebro klarade inte målet att 60 procent av patienterna får definierad behandling eller fördjupad utredning inom högst 60 dagar. Fördelningen av bidraget mellan de landsting som nådde upp till dessa mål gjordes i relation till deras befolkningsandel. Fördelningen av bidraget återfinns i bilaga 1.

Vid uppföljningen våren 2010 hade inte alla landsting hunnit fördela medlen, eller planerat insatserna mer än översiktligt. Majoriteten av landstingen väljer att lägga hela eller delar av 2009 års statsbidrag på att fortsätta satsningar som startade med 2007 eller 2008 års bidrag.

Verksamheter som får ta del av 2009 års bidrag

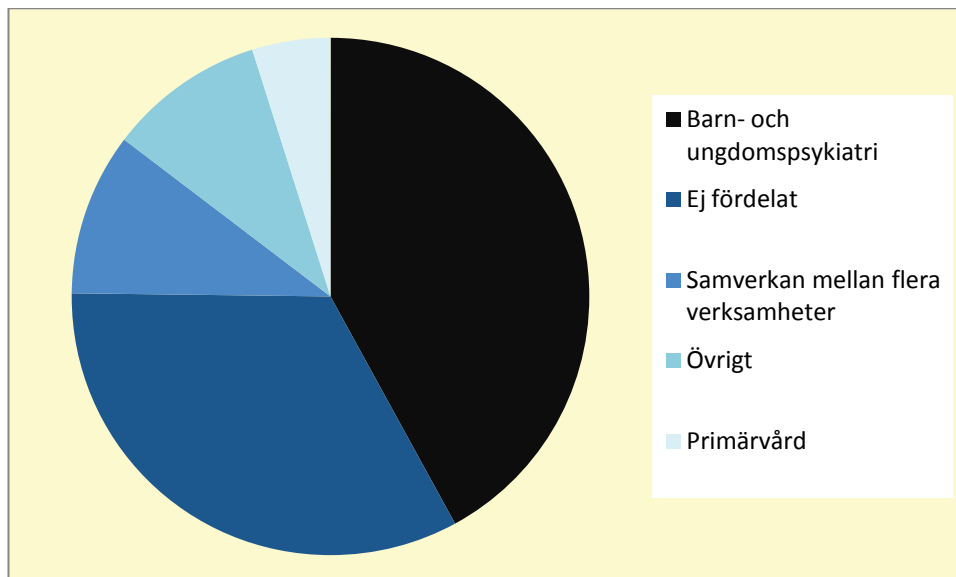
Landstingen har ombetts att specificera verksamheter inom landstinget som får del av 2009 års bidrag. Elva landsting uppger att de fördelat alla de till-

delade medlen på specifika verksamheter. Sju landsting uppger att de fördelat delar av statsbidraget. Tre landsting uppger att de inte hunnit fördela någont av 2009 års medel på specifika verksamheter utan att de fortfarande planerar exakt hur stor del av statsbidraget som ska fördelas till vilken verksamhet.

19 landsting har fördelat eller planerar att fördela medel till BUP. 17 landsting har eller planerar att fördela medel till barn- och mödrahälsovård och sex landsting har eller planerar att fördela till ungdomsmottagning, primärvård respektive barn- och ungdomshabilitering.

Figur 1 visar att ca 40 procent av 2009 års statsbidrag fördelats till BUP och att drygt 30 procent av statsbidraget ännu inte fördelats på specifika verksamheter. I kategorin "samverkan mellan flera olika verksamheter" ingår insatser där medel delas mellan två eller fler verksamheter, till exempel mellan BUP och primärvård. I kategorin "övrigt" ingår bland annat mödra- och barnhälsovård, ungdomsmottagning, barn- och ungdomshabilitering, barn- och ungdomsmedicin samt vuxenpsykiatri.

Figur 1. Fördelning av 2009 års statsbidrag per verksamhetsområde den 1 mars 2010.



Anm. I kategorin "övrigt" ingår bland annat mödra- och barnhälsovård, ungdomsmottagningar, barn- och ungdomshabilitering, barn- och ungdomsmedicin och vuxenpsykiatri,

Att så mycket som en tredjedel av 2009 års bidrag ännu inte hade fördelats vid uppföljningen beror till stor del på att medlen betalades ut först i december 2009. Landstingen kunde inte heller vara helt säkra på att de skulle få del av 2009 års statsbidrag eller hur mycket de skulle få vilket också kan ha påverkat deras planläggning.

Satsningar på första linjens hälso- och sjukvård för målgruppen

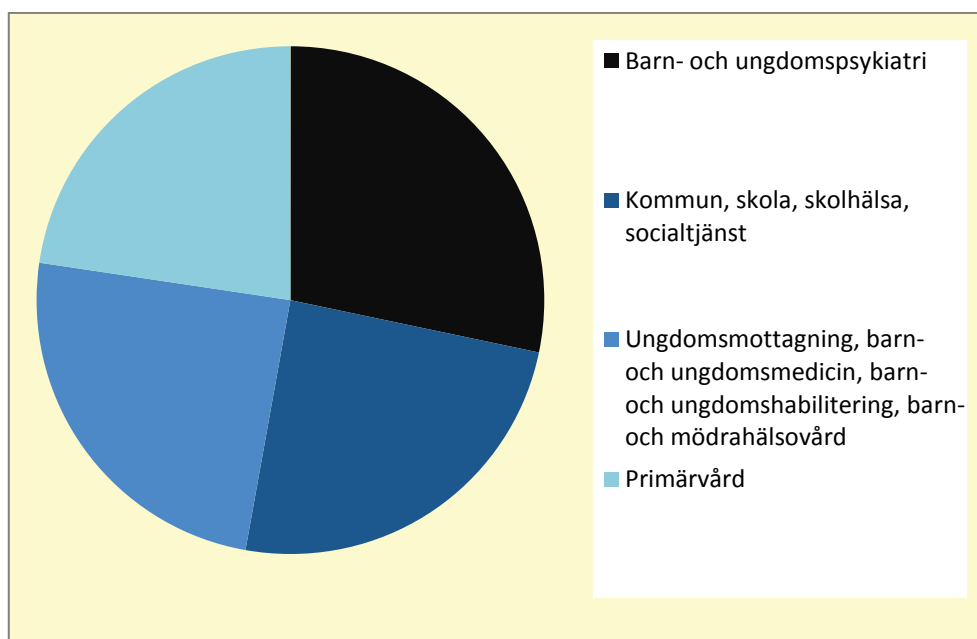
17 av 21 landsting uppger att de har insatser riktade mot att stärka första linjen. Två landsting uppger att de fortfarande planerar och två landsting

uppgger att de inte har några insatser riktade mot första linjen. Tanken med satsningar på första linjen är att den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri ska kunna fokusera sina resurser på mer allvarliga och komplicerade tillstånd.

Dalarna och Västmanland uppgger att samtliga satsningar är direkt eller indirekt riktade mot första linjens hälso- och sjukvård. Flera landsting uppgger att merparten av satsningarna har denna inriktning. I Västmanland ska man bygga upp tre mottagningar inom primärvården med placering på olika familjeläkarenheter. Dessa enheter integreras med BUP genom att de leds av chefer från BUP. I Östergötland har landstinget en liknande idé och planerar att testa en ny operativ enhet med uppdrag inom första linjen för barn och unga i åldern 6–13 år under 2010.

Övriga landsting uppgger satsningar där samarbete och konsultation mellan BUP och mödra- och barnhälsovård, primärvård och ungdomsmottagningar ingår. Andra vanliga satsningar inom området inkluderar kompetensutveckling, rekryteringar och utveckling av nya arbetssätt. BUP är den verksamhet som är inblandad i insatser för första linjen i flest landsting (figur 2).

Figur 2. Insatser riktade mot första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa efter verksamhet.



Vid uppföljningen av 2008 års statsbidrag uppgav också flertalet landsting satsningar inriktade mot första linjen. En annan likhet är att flera landsting uppgger att hela eller större delen av statsbidraget går till denna typ av satsningar.

Följer landstingen tillgänglighet till första linjens hälso- och sjukvård för målgruppen?

Samlad kunskap om tillgänglighet till första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa saknas till stor del. Den förstärkta vårdgarantin har fokus på tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Därför ställdes i årets uppföljning en allmänt formulerad fråga om landstingen följer tillgängligheten till första linjens hälso- och sjukvård för målgruppen, och i så fall inom vilka verksamheter.

Flera av de landsting som svarar ja på frågan ger som exempel att man förstärker kompetens i första linjen med resurser från BUP, arbetar i team och samarbetar med olika aktörer. Andra exempel som ges är att man inventerar första linjen, arbetar med att förtydliga ansvaret och ta fram en strategi. Några enstaka landsting nämner att tillgängligheten följs i specifik verksamhet som ungdomsmottagning eller där BUP utgör en första linje. Enstaka landsting nämner att planering pågår.

De landsting som svarar nekande på frågan nämner bland annat att man följer tillgänglighet enligt den nationella vårdgarantin, och i den går det inte att följa om besöken (t.ex. hos primärvården) gäller barn och psykisk ohälsa. Någon nämner att nya patientadministrativa system behövs för sådan uppföljning. Andra landsting framhåller att resurser för en första linje är otillräckliga eller att landstinget inte har förtydligat vad den första linjen är.

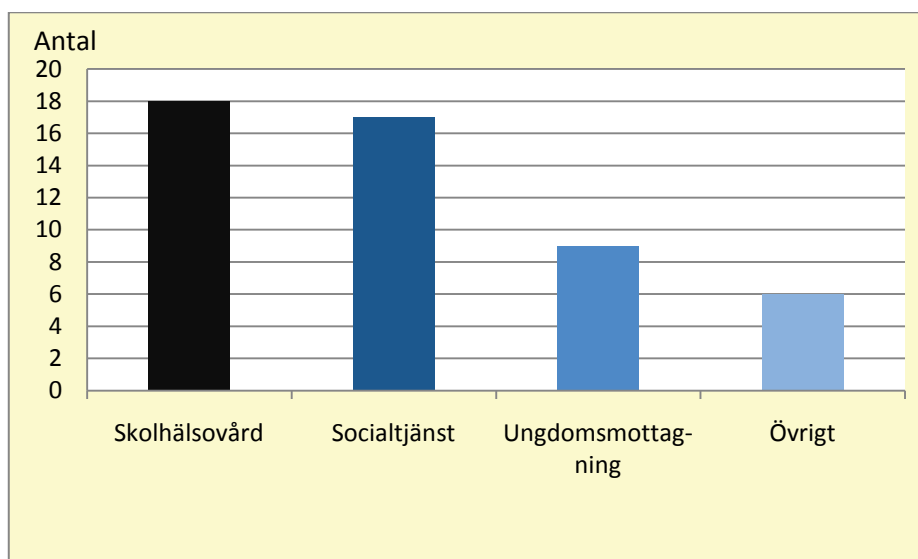
Flera landsting framhåller att en tydligt definierad första linje är en förutsättning för att kunna följa tillgängligheten och att detta till stor del saknas.

Samverkan med verksamheter utanför landstinget

18 av 21 landsting uppger insatser i samverkan med verksamheter utanför landstinget. Ett landsting nämner att sådan samverkan inte kommer att ske med 2009 års bidrag. Två landsting har ännu inte fördelat medlen. Vid förra uppföljningen uppgav 20 av 21 landsting att de samverkade med verksamheter utanför landstinget.

Av figur 3 framgår att 18 landsting uppger samverkan med skolhälsovård, 17 landsting uppger samverkan med socialtjänst, 9 landsting med ungdomsmottagning (som extern partner) och 6 landsting uppger samverkan med kommun, skola, frivilligorganisation, privat vårdgivare etc. Att endast nio landsting samverkar med ungdomsmottagningen beror till viss del på att ungdomsmottagningen i flera landsting är en del av landstingets verksamhet. Det är alltså betydligt fler landsting som involverar ungdomsmottagningen i arbetet med statsbidragen.

Figur 3. Antal landsting som uppger att någon eller några av insatserna sker i samverkan med verksamheter utanför landstinget. Flera svar möjliga.



Anm. I kategorin "övrigt" ingår skola, kommun, frivilligorganisationer, privata vårdgivare etc.

Landstingens synpunkter på statsbidragen

Erfarenheter av 2007 och 2008 års statsbidrag

Flera av landstingen nämner att bidragen hjälpt till att sätta fokus på en viktig grupp. De har gett möjlighet att utveckla befintliga verksamheter och att öka kvalitet och tillgänglighet genom metodutveckling, utbildningar och personalförstärkningar. Samverkan både internt och externt har stimulerats. Flera landsting nämner särskilt att det varit positivt med det fokus på första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa som funnits och att medlen varit möjliga att använda över tid.

På den negativa sidan nämner landstingen att mycket medel över kort tid skapar svårigheter då personal och övriga resurser redan är upptagna med ordinarie verksamhet. Det kan vara svårt att få till bra nya insatser på kort tid. Svårigheter med att få tag i personal i bristkategorier (psykologer, läkare) i god tid nämns också. Den förändrade inriktningen av statsbidragen upplevs som negativt av några landsting. Fokuset på tillgängligheten till BUP riskerar att minska incitamenten hos övriga verksamheter.

Erfarenheter av 2009 års prestationsbaserade bidrag för en förstärkt vårdgaranti

Många landsting anser det positivt med det ökade fokuset på tillgänglighet. Det har blivit en drivkraft, alla är fokuserade på tillgänglighet i styrning och ledning i landstingen. Flera landsting anser även att det är positivt med kopplingen prestation/bidrag vilket har medfört bättre struktur och fokus på arbetet med att utveckla stödet till barn- och ungdomar med psykisk ohälsa. Det har blivit ett incitament som stimulerat till nytänkande. Landstingen

uppges att de har tvingats formulera tydligare uppdrag för verksamheterna. Första linjen har förstärkts. Ett landsting uttrycker det som ”kniven på strupen” som tvingat fram en kvalitetssäkring och bättre struktur på administration och patientprocesser. Bidraget har även hjälpt landstingen att utveckla samverkan med verksamheter både inom och utanför landstinget.

Bland det som varit mindre bra med det prestationsbaserade bidraget nämner några landsting sättet att mäta väntetider. Det nuvarande systemet slår exempelvis mot verksamheter med ett fåtal barn i kö. Då räcker det med att ett eller två barn får vänta för att målet ska missas. Några anser det också negativt att fokus enbart ligger på BUP och inte på samtliga enheter som gör fördjupade utredningar och behandlingar. Modellen missgynnar landsting som har svårt att rekrytera specialister (t.ex. läkare, psykolog). Kompetensbrist och vakanser gör det svårt att lyckas på kort sikt. Några landsting framhåller att modellen fokuserar på hög tillgänglighet vilket inte är det samma som hög kvalitet, hög patientsäkerhet eller effektivt resursutnyttjande. Ensidig prioritering av produktionssiffror kan resultera i att ärenden avslutas för tidigt. Otydlighet om första linjens uppdrag lyfts fram. Ett landsting nämner det relativt enkla att lyckas inför en specifik mätning, utmaningen ligger i att göra satsningen hållbar.

Resultat – inrapportering till register

2007 års bidrag hade också som ett mål att landstingens samtliga verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa ska rapportera till patientregistret, de relevanta kvalitetsregistren för psykiatri och till databasen Väntetider i vården. 2009 års bidrag är till skillnad från 2007 och 2008 års bidrag prestationsbaserat och kopplat till inrapportering av väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri till databasen Väntetider i vården. Även 2010 års bidrag som kommer att betalas ut i december 2010 är prestationsbaserat.

Socialstyrelsen har därför fortsatt att följa inrapporteringen till patientregistret och till databasen Väntetider i vården. Däremot har inga särskilda frågor ställts i Socialstyrelsens två senaste uppföljningar om landstingens deltagande i kvalitetsregistren då dessa är under utveckling.

Patientregistret

Det nationella patientdataregistret är ett obligatoriskt hälsodataregister som är reglerat i särskild förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen. Patientregistret får användas till statistik, forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom den slutna hälso- och sjukvården samt inom den del som avser vård av läkare i den öppna specialiserade vården. Alla som bedriver hälso- och sjukvård inom dessa delar av vården är skyldiga att lämna uppgifter till registret. Sjukvårdens huvudmän ska senast den 31 mars årligen rapportera föregående års uppgifter till patientregistret undantaget tvångsvård inom psykiatri som rapporteras in tre gånger per år. Uppgifterna i registret skyddas av s.k. absolut sekretess.

I patientregistret (PAR) finns bland annat uppgifter om patientens diagnoser och vilka åtgärder som utförts vid den aktuella vårdkontakten, enligt de gällande nationella klassifikationerna. Detta är mycket viktiga uppgifter för uppföljningar, jämförelser, forskning och kvalitetsanalyser för den aktuella patientgruppen.

En jämförelse för perioden 2007–2009 visar att antalet inrapporterade läkarbesök i barn- och ungdomspsykiatrins öppenvård i riket (personer 3- 17 år) har ökat från ca 70 000 besök till ca 92 000. Andelen läkarbesök med diagnos i riket har dock inte förändrats. Den ligger på ca 60 procent. Fortfarande finns det landsting som har väldigt låg andel rapporterade läkarbesök med huvuddiagnos. Stockholm, Västmanland och Jämtland hade mindre än en femtedel rapporterade läkarbesök med huvuddiagnos 2009.

En jämförelse av inrapporteringen av vårdtillfällen i barn- och ungdomspsykiatriens slutenvård för perioden 2007–2009 (personer 3-17 år) visar inga större förändringar på riksnivå. Antalet vårdtillfällen ligger i genomsnitt på cirka 3 900 under perioden. Andelen med vårdtillfällen med huvuddiagnos ligger på drygt 90 procent i riket. Några landsting är fortfarande dåliga på att rapportera huvuddiagnos. Västmanland och Västernorrland rapporterar vårdtillfällen i slutenvård 2009 där mer än hälften saknar huvuddiagnos.

Databasen Väntetider i vården

Databasen Väntetider i vården bygger på uppgifter som sammanställs inom varje landsting. Samtliga landsting deltar. SKL svarar för webbplatsen www.vantetider.se och ansvarar för den dagliga driften och utvecklingen av webbplatsen och dess underliggande system.

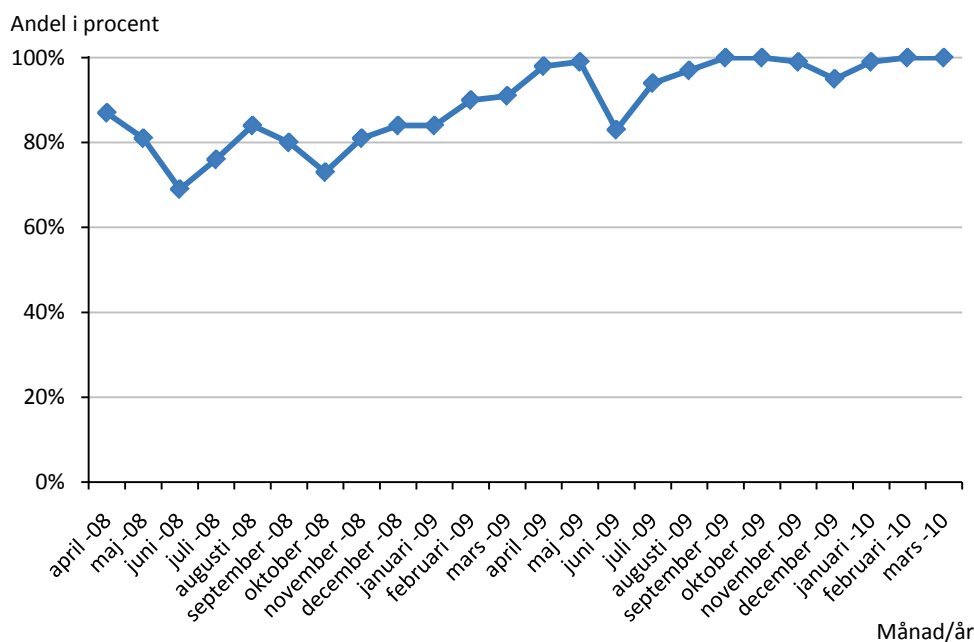
Väntetidsdatabasen följer tillgängligheten i:

- primärvården hos vårdcentraler/motsvarande avseende telefontillgänglighet och läkarbesök
- den specialiserade planerade vården till ett urval av besök, undersökningar eller operationer/åtgärder vid sjukhus och vissa öppenvårdsmottagningar.

Inrapportering från barn- och ungdomspsykiatri

I Socialstyrelsens två tidigare uppföljningar av statsbidragen bedömdes det framförallt som relevant att följa i vad mån barn- och ungdomspsykiatri (BUP) rapporterar till väntetidsdatabasen. Inrapporteringen har då följt den nationella vårdgarantins tidsgräns, dvs. högst 90 dagar. I och med överenskommelsen om en förstärkt vårdgaranti [5], de prestationsbaserade statsbidragen 2009 och 2010 samt utvecklingen av databasen Väntetider i vården kommer fler faktorer bli intressanta att följa. I första hand hur många landsting som når upp till de krav som ställs i överenskommelserna för att erhålla statsbidragen.

Figur 4. Inrapportering till Väntetider i vården, svarsfrekvens i procent. Besök till barn- och ungdomspsykiatri (BUP), riket, april 2008 – mars 2010. Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetider i vården.



Inrapporteringsfrekvenserna av väntetider för riket för perioden april 2008 till mars 2010 framgår av figur 4. Svarsfrekvensen har förbättrats under perioden. Ett grundkrav för att få ta del av 2009 års statsbidrag var att 90 procent av verksamheterna/enheterna i varje landsting registrerar i väntetidsdatabasen. Samtliga landstings svarsfrekvens för besök var vid mättillfället i oktober 2009, 100 procent.

I Väntetider i vården finns uppgifter om antalet patienter som väntar på besök till barn- och ungdomspsykiatri och andelen som har väntat längre än 90 dagar, enligt den nationella vårdgarantin från 2005. I tabell 1 redovisas dessa uppgifter per landsting för tre mättillfällen under 12 månader. I tabellen redovisas också andel patienter i kategorin ”patientvald/medicinskt orsakad väntan”.

Tabell 1. Totalt antal väntande, andel som väntat längre än 90 dagar på besök till barn- och ungdomspsykiatri samt andel patientvald/medicinskt orsakad väntan. Samtliga landsting i mars 2009, oktober 2009 och mars 2010. Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetider i vården.

Landsting	Mars 2009			Oktober 2009			Mars 2010		
	Totalt antal väntande	Andel som väntat >90 dagar	Andel patientvald/medicinskt orsakad väntan	Totalt antal väntande	Andel som väntat >90 dagar	Andel patientvald/medicinskt orsakad väntan	Totalt antal väntande	Andel som väntat >90 dagar	Andel patientvald/medicinskt orsakad väntan
Stockholm	1291	1,1	0	1202	0,4	38,3	1345	0,8	9,7
Uppsala*	-	-	-	114	0	36,8	153	0	28,1
Sörmland	70	2,9	0	105	0	22,9	90	0	35,6
Östergötland	156	6	17,3	61	0	32,8	67	0	13,4
Jönköping	84	0	14,3	61	0	21,3	70	0	24,3
Kronoberg	42	0	16,7	59	0	3,4	49	0	2,0
Kalmar	162	13,6	17,3	72	0	19,4	98	0	14,3
Blekinge	30	0	13,3	38	0	21,1	50	0	42,0
Skåne	654	36,0	13,0	406	0	45,1	381	0	27,8
Halland	127	0	0	106	0	3,8	107	0,9	9,3
Västra Götaland	324	0	25,6	307	0	27,7	293	0	9,6
Värmland	258	19,0	0	108	0	11,1	130	0	10,0
Örebro	87	17,2	0	78	0	12,8	143	0,7	7,0
Västmanland	84	13,1	0	81	2,5	9,9	76	0	11,8
Dalarna	165	14,0	6,7	121	10,7	11,6	77	0	22,1
Gävleborg	105	11,4	2,9	60	1,7	28,3	71	0	25,4
Västernorrland	78	12,8	0	48	0	0	75	0	5,3
Jämtland	57	3,5	1,8	48	0	1,2	52	0	11,5
Västerbotten	99	29,3	14,1	79	2,5	22,8	190	17,9	2,1
Norrbotten	49	2,0	10,2	53	0	15,1	65	1,5	38,5
Gotland	1	0	0	2	0	0	6	0	16,7
Riket	3923	11,1	7,1	3209	0,7	29,4	3588	1,3	14,5

* Uppgifter saknas till följd av tekniska systemomläggningar

Under perioden mars 2009 till mars 2010 är det totala antalet barn och unga som väntar på besök i genomsnitt cirka 3300. Av tabell 1 framgår att ande-

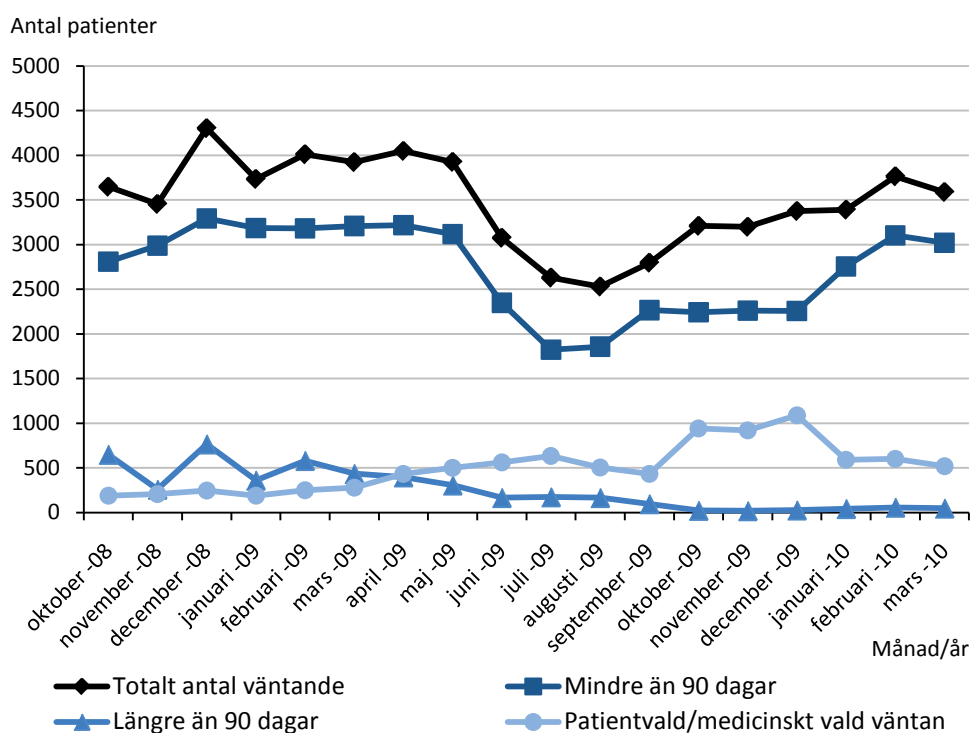
len barn och unga som väntar på ett besök längre än 90 dagar har sjunkit under perioden. Samtidigt har andelen väntande i kategorin ”patientvald eller medicinskt orsakad väntan” i inrapporteringen från barn- och ungdomspsykiatri ökat.

Våren 2009 konstaterade Socialstyrelsen i uppföljningen av den nationella vårdgarantin att en växande andel av de patienter som redovisas i väntetidsdatabasen hamnade i kategorin ”patientvald eller medicinskt orsakad väntan” [7]. Landstingen började registrera i dessa kategorier i slutet av 2007, men under första halvan av 2009 ökade denna kategori kraftigt.

Socialstyrelsen kommer i den fortsatta uppföljningen av statsbidragen och den förstärkta vårdgarantin närmare följa utvecklingen av kategorin ”patientvald eller medicinskt orsakad väntan”. Bland annat kommer de kriterier som landstingen använder för att registrera patienter i denna kategori att studeras.

Figur 5 visar utvecklingen av antalet patienter i riket som väntar på besök till barn- och ungdomspsykiatri för perioden oktober 2008 till mars 2010.

Figur 5. Utvecklingen av antalet patienter som väntade på besök till barn- och ungdomspsykiatri redovisade i olika kategorier. Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetider i vården.



Inrapportering enligt den förstärkta vårdgarantin

I och med överenskommelsen om en förstärkt vårdgaranti [5] har landstingen förbundit sig till att senast 2011, inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, kunna erbjuda tid för bedömning och inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning/behandling inom högst 30 dagar.

För att erhålla 2009 års statsbidrag ställdes särskilda prestationskrav på inrapportering till Väntetidsdatabasen. Avläsningen i databasen gjordes i början av december 2009 och grundar sig på mättillfället 31 oktober 2009.

Resultatet blev att 18 av 21 landsting klarade samtliga krav som ställdes i överenskommelsen (se tabell 2). Dalarna klarade inte målet att 80 procent av patienterna får komma på ett första besök inom högst 30 dagar. Kronoberg och Örebro klarade inte målet att 60 procent av patienterna får definierad behandling eller fördjupad utredning inom högst 60 dagar.

Tabell 2. Inrapportering till Väntetider i vården, barn- och ungdomspsykiatri. Första besök inom högst 30 dagar samt beslutad fördjupad utredning/behandling inom högst 60 dagar. Resultat i procent. Samtliga landsting, oktober 2009 och mars 2010. Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetider i vården.

Landsting	1:a besök inom 30 dagar, procent		Fördjupad utredning eller behandling inom 60 dagar, procent	
	Oktober 2009	Mars 2010	Oktober 2009	Mars 2010
Stockholm	95,3	71,7	75,5	61,8
Uppsala	95,8	96,4	100	100
Södermanland	96,3	93,1	96,3	87,1
Östergötland	100	100	100	100
Jönköping	93,8	100	94,4	100
Kronoberg	100	91,7	30,0	60,7
Kalmar	100	92,9	100	95,2
Blekinge	100	100	96,9	96,4
Skåne	99,1	95,6	97,7	82,6
Halland	98,0	82,5	67,7	71,4
V. Götaland	100	88,7	100	81,7
Värmland	90,6	76,1	93,0	86,1
Örebro	85,3	63,9	40,2	49,5
Västmanland *	89,0		80,4	67,7
Dalarna	58,9	68,3	87,1	95,3
Gävleborg	90,7	96,2	64,4	84,4
Västernorrland	100	95,8	87,2	64,4
Jämtland	91,5	95,7	100	95,2
Västerbotten	80,3	48,4	73,2	44,9
Norrbotten	95,6	97,5	90,5	96,4
Gotland	100	100	95,7	90,0
Riket	93,8	77,6	81,4	73,8

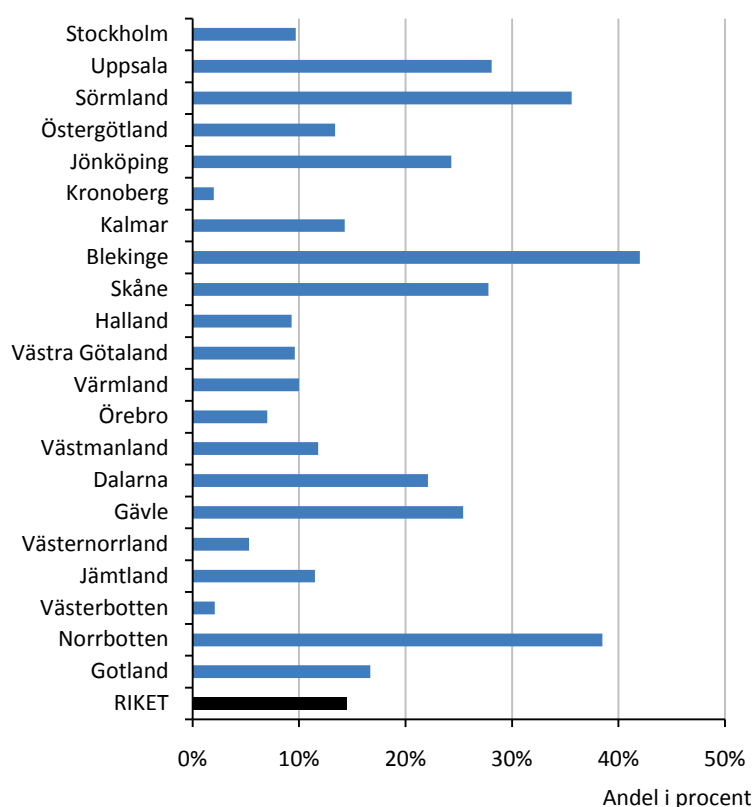
**Uppgift kan ej redovisas på grund av inrapportering i annat tidsintervall*

Den avstämning som gjordes i databasen den 31 mars 2010 (se tabell 2) visar ett sämre resultat jämfört med den avstämning som gjordes i oktober 2009 inför utbetalning av statsbidraget 2009. Lägesbilden i mars 2010 visar att färre landsting (15 av 20) klarade målet om 80 procent som får komma

på ett första besök inom 30 dagar. Ett landsting har redovisat i ett annat tidsintervall och har inte kunnat tas med i jämförelsen. Lika många landsting (19 av 21) nådde upp till målet 60 procent för behandling/utredning inom högst 60 dagar i mars 2010 som i oktober 2009. Riksgenomsnittet låg dock något sämre till.

Spännvidden mellan landstingen är stor vad gäller andelen patienter med patientvald eller medicinskt orsakad väntan, vilket framgår av figur 6.

Figur 6. Andel patienter med patientvald eller medicinskt orsakad väntan till besök till barn- och ungdomspsykiatri, mars 2010. Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetider i vården.



Inför den kommande fördelningen av statsbidraget 2010 har prestationskraven höjts. Hälften av statsbidraget betalas ut till de landsting som når målet att minst 90 procent av patienterna har väntat högst 30 dagar på ett första besök, den andra hälften till de landsting som når målet att 90 procent av patienterna har väntat högst 60 dagar på beslutad fördjupad utredning/behandling. Avstämningsdagen för fördelning av medel är den 31 oktober 2010.

Kvalitetsregister inom psykiatri

Socialstyrelsen konstaterade hösten 2007 att behovet av kvalitetsregister inom psykiatriområdet är stort och att en utveckling av register inom detta område är mycket angelägen [8]. Vidare konstaterades att nuvarande kvali-

tetsregister innehåller väsentliga brister som måste åtgärdas för att de ska kunna användas för att följa upp vårdinsatserna på ett ändamålsenligt sätt.

I en överenskommelse 2008 med regeringen har SKL beslutat inrätta en webbaserad portal för samtliga kvalitetsregister inom psykiatriområdet. Avtalet gäller 2008-2010 och rör både utveckling av befintliga och nya kvalitetsregister samt en ny teknisk miljö [9]. Projektet Nationellt kvalitetsregister för psykiatri (NKP) drivs i nära samverkan med Kompetenscentrum för psykiatriska och andra medicinska kvalitetsregister Örebro - Uppsala (KCP). Under avtalstiden ska förslag på fyra nya kvalitetsregister inom psykiatriens område tas fram. Minst tre ska gälla kvalitetsregister inom barn- och ungdomspsykiatri. Arbetet ska koordineras och ledas av SKL och en slutrapport ska lämnas till regeringen den 31 december 2010.

Våren 2010 är följande psykiatriska kvalitetsregister i drift.

- RIKSÄT – kvalitetsregister för ätstörningsbehandling
- Bipolär – kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom
- BUSA – kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd ADHD
- PsykosR – kvalitetsregister för psykosvård
- RättspsyK – rättspsykiatriskt kvalitetsregister.

RIKSÄT startade sin datainsamling 1999. Bipolär, PsykosR och BUSA började datainsamlingen 2004 och RättspsyK 2008. Ytterligare tre register är under utveckling och har precis påbörjat eller ska påbörja registreringen. Dessa är:

- SBR – svenskt beroenderegister
- SÖK – kvalitetsregister för barn och ungdomar som konstaterats/misstänks ha blivit utsatta för sexuella övergrepp
- LAROS – läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk.

Regeringen och SKL har i en överenskommelse tillsatt en arbetsgrupp för att leda en översyn av kvalitetsregistren med syfte att ge förslag på hur en fortsatt utveckling av kvalitetsregistren skulle kunna se ut. Slutrapport ska lämnas den 31 augusti 2010.

Diskussion

Målet med regeringens satsningar på stimulansbidrag till landstingen 2007–2009 har framförallt varit att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. 2007 års bidrag hade även som övergripande mål att förbättra kvaliteten i verksamheterna.

Tillgänglighet i överenskommelsen om en förstärkt vårdgaranti är synonymt med tillgänglighet till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. I samtliga överenskommelser och beslut kopplade till satsningarna framhålls samtidigt att god tillgänglighet till en första linjes hälso- och sjukvård är en förutsättning för en välfungerande specialiserad barn- och ungdomspsykiatri. Överenskommelsen om en förstärkt vårdgaranti, de prestationsbaserade statsbidragen och de till dessa kopplade mätningarna i väntetidsdatabasen gör fokuseringen på väntetidsmätningar allt tydligare.

Begreppet tillgänglighet rymmer dock så många fler dimensioner än att mäta väntetider [10]. Tillgänglighet handlar t.ex. om kunskap om vart man ska vända sig och tydlighet i utbudet. Det kan också handla om fysisk tillgänglighet och geografisk tillgänglighet. En annan dimension av tillgänglighet handlar om tillgång till nya och effektiva behandlingsmetoder. På befolkningsnivå kan det handla om vilka som omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet, om det finns enskilda personer eller grupper som inte tas emot av hälso- och sjukvården. Alla dessa dimensioner är högst relevanta i en uppföljning av verksamheter enligt konceptet God Vård för målgruppen. För att följa dessa dimensioner av tillgänglighet krävs andra sorters data och studier än väntetidsmätningar.

Flera landsting framför att det prestationsbaserade bidraget varit positivt på så sätt att det satt fokus på ökad tillgänglighet i styrning och ledning. Det har stimulerat till nytänkande. Några landsting framhåller att hög tillgänglighet dock inte är detsamma som hög kvalitet, hög patientsäkerhet och effektivt resursutnyttjande. Några nämner också otydligheten i första linjens uppdrag.

Begreppen första linjens hälso- och sjukvård (alternativt första linjens barn- och ungdomspsykiatri) och den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin har använts i överenskommelserna och besluten kopplade till regeringens satsning. En välfungerande första linje framställs som en förutsättning för att den mer specialiserade nivån ska kunna behandla patienter med svårare och mer komplicerade behov. SKL har talat om ”rätt insatser i rätt tid för barn och ungdomar med psykisk ohälsa” [11].

I det som idag brukar betecknas första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa ingår flera olika verksamheter som mödrahälsovård, barnhälsovård, primärvård (vårdcentral, familjecentral), skolhälsovård och ungdomsmottagning. Utbudet ser idag olika ut över landet, och det finns enligt SKL otydligheter i ansvarsfördelning och uppdrag [11].

Regeringen och SKL har 2008 och 2009 ingått överenskommelser om förändringsarbete för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk

sjukdom. Målet med förändringsarbetet är att ta fram ett antal praktiskt fungerande modeller för arbets- och samverkansmetoder som tillgodoser tillgänglighet till rätt vårdnivå och rätt insatser. De modeller som identifieras ska kunna utgöra underlag för förändrings- och implementeringsarbete i kommuner och landsting. Helhetsstrategier ska tas fram som kan tjäna som nationella exempel på lösningar. Projektet pågår 2009–2011.

Socialstyrelsen menar att perspektiv som också särskilt behöver belysas i ett sådant modellarbete är hur man uppnår en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård, och medborgarnas behov av tydlighet i utbud och ansvar. Socialstyrelsen har tidigare påpekat skillnaden mellan att utveckla en nationell modell för samverkan och ansvarsfördelning som tillåts anpassas efter lokala förutsättningar, och att utveckla olika modeller som kan tjäna som nationella exempel på lösningar.

Samlad kunskap om tillgänglighet till första linjen för målgruppen, även i den begränsade betydelsen av väntetider, saknas idag. I uppföljningen ställdes därför en allmän fråga om landstingen följer tillgänglighet till en första linje. Flera landsting nämner att man arbetar med att förtydliga en första linje och att ta fram en strategi för en sådan. Andra landsting nämner att man saknar en tydligt första linje eller resurser för en sådan verksamhet. SKL:s modellprojekt nämns av några. Flera landsting framhåller att en tydligt definierad första linje för åldersgruppen är en förutsättning för att följa tillgängligheten och att detta till stor del saknas idag.

2008 genomförde Socialstyrelsen en nationell tillsyn av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (BUP). I granskningen framkom bl.a. att vården var av så skiftande kvalitet att den inte uppfyller målet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen [12]. Skillnaderna gäller bland annat om vårdgivaren, dvs. sjukvårdshuvudmannen, har gett ett tydligt uppdrag till BUP eller inte.

Hösten 2009 genomförde Socialstyrelsen en nationell tillsyn av första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Resultaten kommer att publiceras hösten 2010. En preliminär slutsats från den nationella tillsynen är att det saknas länkar i vårdkedjan för barn och unga med psykisk ohälsa, i och med att det i regel inte är tydligt var ansvaret för första linjens hälso- och sjukvård ska ligga. Vid inspektionerna framkom att vårdcentralen ofta inte ser sig som första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa. I de allra flesta fall har de inte heller fått något sådant uppdrag från vårdgivaren, eller mycket generella uppdrag. För barnhälsovården är uppdraget tydligt och avgränsat.

Inrapporteringsfrekvensen av väntetider till BUP har förbättrats de senaste två åren. Vid mätningarna i oktober 2009 och mars 2010 låg samtliga landsting på 100 procent. 90 procent är ett grundkrav för att erhålla de prestationsbaserade statsbidragen. Antalet barn och unga som har väntat längre än 90 dagar på besök har sjunkit i riket under perioden oktober 2008–mars 2010. Samtidigt kan en ökning i kategorin ”patientvald eller medicinskt vald väntan” ses under samma period.

Mätningen i mars 2010 enligt kraven i den förstärka vårdgarantin visade på ett sämre resultat jämfört med oktober 2009. Färre landsting nådde då upp till målet att 80 procent av patienterna får komma på besök inom 30 dagar. Inför statsbidraget 2010 som fördelas i slutet av året har ribban höjts

ytterligare. För både besök inom 30 dagar och fördjupad utredning eller behandling inom 60 dagar ligger gränsen på 90 procent. Sett ur ett patient- eller befolkningsperspektiv är självfallet den långsiktiga utvecklingen och hållbarheten i målpuppfyllelsen viktigare än ett enskilt mättillfälle.

Bristen på nationella kvalitetsdata (t.ex. i hälsodataregister och kvalitetsregister) inom området utgör ett problem vid uppföljning och utvärdering av en nationell satsning som denna.

Socialstyrelsen fick 2009 i uppdrag att påskynda utvecklingen av grunddata och kvalitetsindikatorer m.m. samt att förbättra verksamhetsuppföljningen inom psykiatriområdet. I uppdraget ingår bland annat att förstärka och påskynda arbetet med kvalitetsindikatorer knutna till hälsodataregistren samt övrigt indikatorarbete inom hälso- och sjukvården. Slutrapport ska lämnas 2012 och en första delrapport i juli 2010 [13]. Socialstyrelsen publicerar som en del av detta uppdrag rapporten *Öppna jämförelser och utvärdering 2010. Psykiatrisk vård*. Rapporten är ett första steg till en öppen jämförelse och utvärdering av den landstingsfinansierade vuxenpsykiatriens processer, resultat och kostnader [14]. Syftet är att belysa och värdera kvaliteten genom indikatorbaserade jämförelser mellan landsting, där så är möjligt med utgångspunkt i nationellt tillgängliga data. Socialstyrelsens arbete med verksamhetsuppföljningar på psykiatriens område ska även omfatta verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa.

Tidsaspekten är av stor betydelse vid uppföljning och utvärdering av nationella satsningar. Många faktorer påverkar utvecklingen och eventuella effekter kan avläsas först efter en viss tid. Detta gäller i synnerhet inom breda verksamhetsområden som psykisk ohälsa där många verksamheter deltar och flera nationella satsningar pågår parallellt. Förändringar inom detta område kräver systematiska insatser över flera år.

Socialstyrelsen kommer att inför fortsatt uppföljning av statsbidragen och den förstärkta vårdgarantin utveckla formerna för att mer strukturerat kunna följa utvecklingen i landstingen.

Socialstyrelsen konstaterar sammanfattningsvis att:

- Medel från både 2007 och 2008 års statsbidrag fortfarande används. En förklaring är långsiktiga satsningar där medel periodiserats över flera år. Kompetenssatsningar och personalförstärkningar är exempel på detta.
- Alla medel för 2009 har ännu inte fördelats i landstingen. Landstingen planerar att fortsätta flera av de satsningar som startades med 2007 och 2008 års statsbidrag. Satsningar på första linjen vid sidan av BUP fortsätter.
- Samlad kunskap om tillgänglighet till första linjens hälso- och sjukvård för målgruppen saknas. Flera landsting framhåller att det för detta krävs en tydligt definierad första linje, något som idag saknas.
- Inrapporteringsfrekvensen till väntetidsdatabasen har förbättrats. Antalet barn och unga som får vänta mer än 90 dagar på ett besök till BUP har minskat. Samtidigt har antalet i kategorin ”patientvald eller medicinskt vald väntan” ökat.

- 18 av 21 landsting klarade kraven för att få hela statsbidraget 2009 vid den väntetidsmätning som gjordes i oktober 2009. Mätningen i mars 2010 visade på ett sämre resultat jämfört med mätningen i oktober 2009. Fördelningen av statsbidraget 2010 grundas på en mätning i oktober 2010 och inför denna har kraven höjts.
- Sett ur ett patient- eller befolkningsperspektiv är den långsiktiga utvecklingen och hållbarheten i måluppfyllelsen av tillgänglighet viktigare än ett enskilt måttillfälle.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Satsning på landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa 2007. Socialstyrelsen; juni 2008.
2. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti till barn- och ungdomspsykiatri. (S2007/5696/HS).
3. Sveriges Kommuner och Landsting. Tillgänglighet till insatser för att möta psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Sveriges Kommuner och Landsting; 2007-12-17.
4. Socialstyrelsen. Satsning på hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa 2008. Socialstyrelsen; juni 2009.
5. Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Bilaga till regeringsbeslut 2009-02-26 nr I:7.
6. Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2009-12-17 nr I:23.
7. Socialstyrelsen. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden”. Årsrapport 2010. Socialstyrelsen; mars 2010.
8. Socialstyrelsen. Nationella kvalitetsregister inom psykiatri. Socialstyrelsen; 2007.
9. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om upprättande av en portal för samtliga kvalitetsregister inom psykiatriområdet. Regeringens beslut 2008-04-24. Socialdepartementet; S2008/3943/HS.
10. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen; april 2009.
11. Sveriges Kommuner och Landsting. Rätt insatser i rätt tid för barn och unga med psykisk ohälsa. Sveriges Kommuner och Landsting; dnr 07/1803, 2009.
12. Socialstyrelsen. Barn- och ungdomspsykiatri – vård på olika villkor. Rapport från nationell tillsyn. Socialstyrelsen; 2009.
13. Socialstyrelsen. Mot ett system för verksamhetsuppföljning på psykiatriområdet. Socialstyrelsen; 2010.
14. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser och utvärdering 2010. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen. Socialstyrelsen; 2010.

Ekonomisk redovisning

Statsbidraget fördelades enligt direktiven ut i december 2009 till landstingen. Vid Socialstyrelsens uppföljning i mars 2010 hade inte alla landsting hunnit fördela medlen på olika insatser eller bara planerat insatserna mer översiktligt. Redovisningen nedan ger därmed en relativt grov bild av fördelningen på olika verksamheter/insatser.

Specifika verksamheter som får ta del av 2009 års statsbidrag

Stockholm	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>48 056 182 kr</u>
Medlen ej fördelade	
Kvar att fördela	48 miljoner kr
Uppsala	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>7 916 157 kr</u>
Ungdomsmottagning	2,4 miljoner kr
BUP	5,5 miljoner kr
Sörmland	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>6 419 735 kr</u>
Verksamheter som ska tilldelas medel är klara, men exakt fördelning över verksamheterna har inte gjorts.	
Kvar att fördela	6,4 miljoner kr
Östergötland	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>10 188 318 kr</u>
Primärvård/vårdcentral (delat med ungdomsmottagning)	4,3 miljoner kr
BUP	5,8 miljoner kr

Jönköping	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>8 027 776 kr</u>
Mödrahälsovård/barnhälsovård	880 000 kr
BUP	6,1 miljoner kr
Barn- och ungdoms-	
habilitering	400 000 kr
Annan inom landstinget	600 000 kr
Kronoberg	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>2 163 223 kr</u>
BUP	2,1 miljoner kr
Kalmar	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>5 586 598 kr</u>
BUP	5,6 miljoner kr
Blekinge	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>3 650 034 kr</u>
BUP	3,6 miljoner kr
Skåne	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>29 341 258 kr</u>
BUP, varav:	
tillgänglighet	ca 20,3 miljoner kr
kompetens	ca 1,5 miljoner kr
kvalitet	ca 1,5 miljoner kr
neuropsykiatri	ca 3 miljoner kr
flyktingbarn	ca 1,5 miljoner kr
ätsrörningar	ca 1,5 miljoner kr
Halland	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>7 079 769 kr</u>
Barnhälsovård	3,1 miljoner kr
BUP	4,0 miljoner kr

Västra Götaland
Verksamhetsområde

Mödrahälsovård
Barnhälsovård
Primärvård
Ungdomsmottagning
BUP
Barn- och ungdoms-
habilitering
Barn- och ungdoms-
medicin
Flera av ovanstående gemensamt
Kvar att fördela

Tilldelade medel SEK 2009

37 463 614 kr
1,4 miljoner kr
1,4 miljoner kr
10,5 miljoner kr
3,8 miljoner kr
10,2 miljoner kr

1,3 miljoner kr

0,8 miljoner kr
ca 5,2 miljoner kr
ca 3 miljoner kr

Värmland
Verksamhetsområde

Allmänmedicin (vårdcentral,
ungdomsmottagning, MVC, BVC)
BUP
Gemensamma satsningar

Tilldelade medel SEK 2009

6 535 894 kr

1,5 miljoner kr
4,4 miljoner
ca 500 000 kr

Örebro
Verksamhetsområde

Mödrahälsovård
Barnhälsovård
BUP

Tilldelade medel SEK 2009

3 294 964 kr
1 miljon kr
1 miljon kr
1,3 miljoner kr

Västmanland
Verksamhetsområde

BUP/primärvård
Kvar att fördela

Tilldelade medel SEK 2009

5 997 611 kr
5,8 miljoner kr
ca 0,2 miljoner kr

Dalarna
Verksamhetsområde

Mödravård/barnhälsovård/primärvård
BUP
Kvar att fördela

Tilldelade medel SEK 2009

3 337 488 kr
1 miljon kr
2 miljoner kr
0,3 miljoner kr

Gävle	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>6 601 465 kr</u>
BUP	1,4 miljoner
Kvar att fördela	5,2 miljoner kr
Jämtland	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>3 026 871 kr</u>
Mödrahälsovård/barnhälsovård	278 000 kr
BUP	2,7 miljoner kr
Ungdomsmottagning	får medel via BUP
Barn- och ungdoms- habilitering	884 000 kr
Västernorrland	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>5 811 771 kr</u>
BUP	ca 5 miljoner kr
Logopedenhet	320 000 kr
Unga vuxna inom vuxenpsykiatri	500 000 kr
Västerbotten	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>6 175 947 kr</u>
Medel har ej fördelats	
Kvar att fördela	6, 1 miljoner kr
Norrbotten	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>5 957 394 kr</u>
Mödrahälsovård, barnhälsovård, Primärvård, ungdomsmottagning	ca 2,9 miljoner
BUP och	
Barn- och ungdomshabilitering	ca 2,9 miljoner
Gotland	
Verksamhetsområde	Tilldelade medel SEK 2009
	<u>1 367 932 kr</u>
BUP	ca 1,3 miljoner kr