

# Barn- och ungdomspsykiatri – vård på olika villkor

Rapport från nationell tillsyn

Artikelnr 2009-126-151

---

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), juni 2009

# Förord

---

Den psykiska ohälsan har ökat hos barn och ungdomar under senare år. Det framgår bl.a. av Socialstyrelsens folkhälsorapport 2009 [1].

Socialstyrelsen har fått särskilda medel för tillsyn inom området psykisk sjukdom, psykiska funktionshinder och missbruk för år 2007–2009. Vidare har myndigheten beslutat att prioritera barn- och ungdomsfrågor under dessa år.

Statens medicinsk-etiska råd framförde också i en skrivelse till regeringen 2008-01-08 att barns ställning inom hälso- och sjukvården behöver stärkas [2]. Rådet påpekade bl.a. att barns integritet riskerar att kränkas därför att lagstiftningen är otydlig. Barns behov av hälso- och sjukvård, skydd och stöd tillgodoses inte, enligt rådet.

Under år 2008-2009 genomför Socialstyrelsen därför en nationell tillsyn av hälso- och sjukvårdens insatser för barns och ungdomars psykiska hälsa. Som ett första steg granskade Socialstyrelsen under 2008 den specialiserade vården inom barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Under 2009 kommer Socialstyrelsen att granska ”första linjens” verksamhet, dvs. primärvård, barnvårdscentraler, ungdomsmottagningar samt skolhälsovård och elevhälsa.

I denna rapport redogörs för resultaten av projektets första del, dvs. tillsynen av de barn- och ungdomspsykiatriska klinikernas verksamhet. Rapporten riktar sig till sjukvårdshuvudmännen och till dem som är verksamma inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Granskningens innehåll och metodik har utarbetats av en grupp representanter för de regionala tillsynsenheterna inom Socialstyrelsens tillsynsavdelning. I gruppen ingick *Roy Persson, Stig Söderberg, Anna Berggren, Anna Jedenius, Marie Collberg, Mats Holmgren, Katalin Bellaagh* och *Björn Emanuelsson*. *Mette Marklund* var projektledare.

Projektgruppen har konsulterat en referensgrupp i Socialstyrelsen, bestående av *Eva-Britt Hallqvist, Ingrid Ström* och *Birgitta Hagström*. Projektets styrgrupp har utgjorts av tillsynsavdelningens ledningsgrupp.

Johan Carlson  
Avdelningschef  
Tillsynsavdelningen

# Innehåll

---

<b>Förord</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>5</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>7</b>
<b>Syfte och mål</b>	<b>9</b>
<b>Metod</b>	<b>10</b>
<b>Resultat</b>	<b>11</b>
<b>Vårdgivarens uppdrag till de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna</b>	<b>11</b>
<b>Tillgänglighet</b>	<b>11</b>
<b>Sluten vård</b>	<b>12</b>
<b>Personal</b>	<b>13</b>
<b>Diagnos och behandling</b>	<b>13</b>
<b>Riskbedömningar</b>	<b>18</b>
<b>Tvångsvård</b>	<b>18</b>
<b>Dokumentation</b>	<b>19</b>
<b>Kvalitetsarbete</b>	<b>20</b>
<b>Samverkan och samarbete</b>	<b>20</b>
<b>Anmälan till socialtjänsten</b>	<b>21</b>
<b>Bedömning</b>	<b>22</b>
<b>Uppdrag och kvalitetsarbete</b>	<b>22</b>
<b>Utveckling pågår inom BUP</b>	<b>23</b>
<b>Tillgänglighet</b>	<b>23</b>
<b>Läkarmedverkan</b>	<b>25</b>
<b>Dokumentation</b>	<b>25</b>
<b>Samverkan</b>	<b>26</b>
<b>Anmälan till Socialnämnden</b>	<b>27</b>
<b>Kommande förändringar</b>	<b>27</b>
<b>Slutsatser</b>	<b>28</b>
<b>Referenser</b>	<b>30</b>
<b>Bilagor</b>	<b>32</b>

# Sammanfattning

---

Socialstyrelsen har genomfört nationell tillsyn av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (BUP) under 2008. Socialstyrelsen besökte 70 barn- och ungdomspsykiatriska enheter och granskade 483 patientjournaler. Tillsynen visade på stora skillnader i vården och på några viktiga bristområden. Socialstyrelsen konstaterar att den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska vården är 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.

Skillnaderna gäller bl.a. om vårdgivaren, dvs. sjukvårdshuvudmannen, har gett ett tydligt uppdrag till BUP eller inte. Det är vårdgivarens ansvar att tala om vad som förväntas av verksamheten och att ta reda på om förväntningarna uppfylls. Flera landsting och regioner hade gett tydliga uppdrag till BUP, men i många fall var uppdragen otydliga. Därmed var det oklart vilka uppgifter som skulle utföras i den specialiserade vården, vilka patienter som skulle vårdas där och vad kvalitetsarbetet skulle leda till. De besökta mottagningar som drevs i enskild regi hade dock alla fått tydliga uppdrag från sjukvårdshuvudmännen.

Vårdgivarna behöver alltså klargöra olika verksamheters uppdrag och plats i en sammanhållen insatskedja. Det påpekar Socialstyrelsen också i en nyligen genomförd inventering av metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn [3].

Socialstyrelsen fann vidare stora skillnader i hur långt verksamheterna hade kommit i arbetet med kvalitet och patientsäkerhet. Läkarmedverkan i vården är ett område där Socialstyrelsen kräver förbättringar i många av verksamheterna. På endast 40 % av enheterna uppgav de intervjuade att man uppfyllde hälso- och sjukvårdslagens krav på att utse en patientansvarig läkare. I knappt hälften av de granskade journalerna från öppen vård hade patienterna haft kontakt med en läkare. Utan specialistläkarkompetens – i samverkan med övriga professionella kompetenser – blir det svårt att värdera patienternas hela behov. Därmed riskerar patienterna att få felaktiga eller bristfälliga insatser.

De granskade journalerna visade också stora dokumentationsbrister. Socialstyrelsen bedömde att en femtedel av journalerna inte innehöll godtagbar dokumentation, vilket utgör en patientsäkerhetsrisk och därför bedöms som oacceptabelt. Det ska vara möjligt att följa hela vårdförloppet i en patientjournal, och information som är väsentlig för vården måste dokumenteras. Nära hälften av journalerna från den öppna vården saknade t.ex. dokumenterad diagnos.

Andra viktiga identifierade brister är uppföljningen av de insatser som genomförs, möjligheten att tillgodose behovet av sluten vård inom BUP för vissa patientkategorier och verksamheternas samverkan med angränsande verksamheter ("vårdgrannar").

BUP-vården är relativt tillgänglig i landet som helhet, men i vissa län är den mindre tillgänglig, enligt Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) statistik [4]. Socialstyrelsen bedömer att god tillgänglighet är en viktig patientsäkerhetsfaktor för barn- och ungdomspsykiatri.

Vidare hade de flesta av de besökta slutenvårdsavdelningarna goda rutiner för tvångsvård, men rutinerna kan behöva göras tydligare för personalen. Det är viktigt att det också sker uppföljningar av att rutinerna efterlevs.

I samband med tillsynsbesöken återfördes Socialstyrelsens bedömning av vilka områden respektive enhet behövde utveckla. Verksamheterna fick även skriftliga beslut efter besöken. Socialstyrelsen kommer att följa upp att förbättringar har genomförts, vid de enheter som hade de största bristerna, senast under 2010.

Socialstyrelsen planerar vidare att fortlöpande följa upp vården vid BUP-verksamheterna, genom att varje regional tillsynsenhet inspekterar minst två kliniker per år under ett antal år framåt. Tillsynen ska inriktas på vårdgivarens uppdrag och verksamheternas kvalitetsarbete, tillgänglighet, dokumentation och läkarmedverkan i vården.

# Bakgrund

---

En ökad psykisk ohälsa hos barn och unga har rapporterats under senare år [5]. Utvecklingen mot ökad psykisk ohälsa hos barn och unga konfirmeras av Folkhälsorapport 2009 från Socialstyrelsen [1].

De barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna i Sverige är organiserade på mycket olika sätt. Huvuddelen av verksamheterna drivs i offentlig regi med landsting eller regioner som vårdgivare. Det finns också verksamheter som bedrivs i enskild regi på uppdrag av ett landsting eller en region.

De barn- och ungdomspsykiatriska verksamheterna utgör ett brett verksamhetsfält. Personalen arbetar med barn och ungdomar i alla åldrar upp till 18 år och med deras familjer. Patienterna och deras familjer kan ha mycket varierande bakgrund – socialt, etniskt och kulturellt. Ca 100 000 barn, eller ca 5 procent av alla barn och ungdomar i Sverige, träffar BUP varje år [6].

Patienternas problematik är ofta mångfacetterad inom BUP. Därför krävs ofta att flera personalkategorier med olika kompetenser medverkar i vården. Personalen måste arbeta i god samverkan med patienten, och vanligen även med patientens familj, för att behandlingen ska ge resultat. Problematiken kräver också ofta att personalen samverkar med angränsande verksamheter, som socialtjänsten, skolhälsovården eller elevhälsan, barnhälsovården, den barnmedicinska vården, barnhabiliteringen, andra BUP-enheter och vuxenpsykiatri. Ibland behöver man också samverka med primärvården, mödrhälsovården och ungdomsmottagningar, samt med andra somatiska kliniker än barnkliniker, t.ex. intensivvårds- eller medicinkliniker.

Socialstyrelsen har, genom sin tillsyn av hälso- och sjukvården, under 2000-talet noterat påtagliga patientsäkerhetsrisker inom ramen för hälso- och sjukvårdens insatser för barns och ungdomars psykiska hälsa. Tillsynsinsatserna har utgjorts av enskilda anmälningsärenden, anmälda enligt lex Maria eller av enskilda personer. Socialstyrelsen har bl.a. identifierat följande risker för patientsäkerheten:

- bristande tillgång till adekvat kompetens
- brister i tillgängligheten
- icke fungerande rutiner för differentialdiagnostisering
- brister i dokumentationen
- brister i samverkan mellan olika vårdnivåer och mellan olika vårdgivare [7,8].

Följande exempel visar att vården kan ges på helt olika villkor. Exempelen är hämtade från Socialstyrelsens tillsyn och beskriver autentiska fall.

### **Patient A och B**

Barnen hade liknande symtombild med ”bråkighet”, motorisk oro och aggressivitet mot andra barn, parat med oförmåga till kamratkontakt. De var ungefär lika gamla när föräldrarna sökte hjälp hos BUP. Båda barnen var i sexårsåldern, och föräldrarna sökte BUP efter att förskolan eller skolan uppmanat till detta.

### **Patient A**

och hans föräldrar fick tid för bedömning omgående. Efter ett bedömnings-samtal hos kuratorn, med noggrann anamnes, diskuterades ärendet i teamet. Patienten undersöktes tidigt av en läkare, även med somatisk undersökning. BUP inhämtade uppgifter från barnavårdscentralen (BVC), föräldrarna och skolan. Det blev tidigt klart att en neuropsykiatrisk utredning skulle göras, och skolan tog ansvaret för att göra en s.k. basutredning med hjälp av skolpsykologen. BUP upprättade en gemensam behandlingsplan med skolhälsovården och elevhälsan, tillsammans med föräldrarna. Utredningen ledde fram till diagnosen ADHD och avslutades hos BUP drygt ett halvår efter den första kontakten. Det framkom av dokumentationen att BUP gjort differentialdiagnostiska ställningstaganden och på vilka grunder man ställt diagnos. Under mellantiden samverkade BUP väl med andra som gjorde insatser för barnet och familjen. Bl.a. gjordes pedagogiska insatser i skolan, och föräldrarna fick utbildning. Från BUP deltog huvudsakligen en psykolog och en sjuksköterska i kontakterna, med hjälp av vissa läkarinsatser. Patienten fick läkemedelsbehandling, och uppföljningen visade att patientens och familjens situation hade förbättrats betydligt. Det fanns ett tydligt och väl dokumenterat teamarbete kring patienten.

### **Patient B**

och hans föräldrar träffade BUP tillsammans med skolan i ett nätverksmöte. Ärendet tilldelades kuratorn som träffade föräldrarna först efter fem månader och därefter bedömde patienten under sju månader med s.k. samlek i sandlåda. Kuratorn bedömde att patienten behövde terapi, utan att ställa en mer specificerad diagnos. Terapin vidtog och bestod också av samlek i sandlåda. Att döma av dokumentationen föreföll kuratorn vara ensam behandlare, och det fanns ingen dokumentation från någon form av teamdiskussioner. Det fanns inte heller någon behandlingsplan eller några behandlingsmål. Efter ytterligare åtta månader avbröt föräldrarna behandlingen och krävde att barnet skulle utredas för ADHD. Skolpsykologen började testa barnet. Efter beslut om ADHD-utredning skickade BUP en remiss till klinikkens eget neuropsykiatriska team. Ett halvår senare påbörjade BUP en egen basutredning. Efter ytterligare ett halvår ställdes även i detta fall diagnosen ADHD. Ett år efter diagnosen fick barnet läkemedelsbehandling, dvs. nästan fyra år efter att familjen sökt hjälp första gången. Det fanns få tillfällen då samverkan med skolan dokumenterats under förloppet.

# Syfte och mål

---

Syftet med Socialstyrelsens tillsynsinsatser under 2008 var att granska de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna, utifrån huvudmannens uppdrag att fungera som specialistresurs inom landstinget eller regionen. Socialstyrelsen avsåg att granska

- vårdgivarens uppdrag till BUP
- ledning och styrning av verksamheten
- prioritering och tillgänglighet
- personal:
  - formell och reell kompetens för uppdraget
  - kriterier för val av behandlingskompetens
  - läkarmedverkan
- patientarbetet:
  - formerna för diagnos, vård och behandling av patienter i öppen och sluten vård
  - rutiner för tvångsvård och tvångsåtgärder
- dokumentation
- resultatuppföljning
- rutiner för samverkan med övrig hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.

Tillsynsaktivitetens effektmål var att stärka patientsäkerheten och förbättra vårdens kvalitet vid de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna, bl.a. genom att inspirera till förbättrings- och förändringsarbete där det fanns sådana behov.

# Metod

---

Socialstyrelsen granskade BUP genom att göra tillsynsbesök och genom att granska journaler. Vid tillsynsbesöken granskades inte enskilda kliniker i sin helhet, utan enbart en del av klinikens verksamhet – t.ex. en öppenvårdsmottagning eller en slutenvårdsavdelning. Tillsynen begränsades på detta sätt för att kunna genomföra intervjuer i en rimligt stor personalgrupp.

I landet finns 44 offentligt drivna BUP-kliniker med ett varierande antal mottagningar och vårdavdelningar. Socialstyrelsen besökte 70 BUP-enheter, varav 12 slutenvårdsavdelningar och 58 öppenvårdsmottagningar. De mottagningar som besöktes var vanliga mottagningar, dvs. inga specialenheter som ätstörningsenheter, psykosmottagningar osv. Urvalet gjordes med utgångspunkt från att besöka de flesta kliniker eller verksamhetschefsområden i landet. På några håll valde Socialstyrelsen att besöka privata mottagningar i stället för offentlig vård, för att se om det fanns några betydande skillnader. Fem av de besökta mottagningarna drevs i enskild regi.

Inför tillsynsbesöken granskade Socialstyrelsen journaler, organisationsplaner och eventuella verksamhetsberättelser för 2007. Journalerna granskades med hjälp av en journalgranskningsmall (se bilaga 1).

De journaler som skulle granskas valdes ut efter anvisningar från Socialstyrelsen. Totalt granskades 483 journaler: 423 från öppen och 60 från slutenvård. Av journalerna från den öppna vården gällde hälften patienter som avslutat sin behandling. Av journalerna från den slutna vården gällde minst en journal från varje avdelning en patient som vårdats enligt lagen (1992:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Journalgranskningen gjordes före besöken och utgjorde en värdefull del i de diskussioner som fördes, bl.a. om just dokumentation.

Tillsynsbesöken genomfördes som semistrukturerade intervjuer i form av gruppintervjuer och diskussioner med verksamhetschefen och personal samtidigt. De personalgrupper som närvarade vid besöken var läkare, sjuksköterskor, psykologer och kuratorer. Vid några besök deltog även andra yrkeskategorier. Ett intervjuformulär användes som underlag (se bilaga 2). Varje besök avslutades med en preliminär återkoppling på plats, till verksamhetschefen och personalen. Återkopplingen gjordes med hjälp av ett bedömningsformulär (se bilaga 3). Varje besökt enhet fick senare ett eget skriftligt beslut, som innehöll eventuella påpekanden från besöket.

# Resultat

---

Resultaten i denna rapport baseras på de 70 intervjuerna och de 483 granskade journalerna. Vid intervjuerna tillfrågades verksamhetschefen och personalgruppen om hur de uppfattade förhållandena på arbetsplatsen. Som resultat av intervjuerna redovisas vad Socialstyrelsens granskare uppfattade som intervjugruppernas svar.

## Vårdgivarens uppdrag till de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna

Det fanns stora skillnader i landet när det gällde om vårdgivaren gett ett tydligt uppdrag till BUP eller inte. Några vårdgivare hade gett tydliga uppdrag, men utan att tydligt avgränsa vilka patienter som skulle vårdas på en annan vårdnivå än specialistnivån. I andra delar av landet var det vanligt med kortfattade uppdrag i mycket allmänna ordalag, t.ex. ”specialiserad barn- och ungdomspsykiatri” eller ”god vård på lika villkor”. Vidare hade flera av landstingen och regionerna inte gett BUP något uppdrag alls, även om en del uppgav att de arbetade med att ta fram ett sådant uppdrag. Samtliga privata mottagningar som besöktes hade dock tydliga uppdrag från det upphandlande landstinget eller den upphandlande regionen. Ca hälften av enheterna ansåg sig ha ett tydligt uppdrag från vårdgivaren.

BUP:s personal uppfattade i stor utsträckning att de utförde uppgifter som borde ligga på en annan vårdnivå eller t.o.m. utanför hälso- och sjukvården. Orsakerna till att personalen utförde den typen av arbetsuppgifter var i huvudsak att ”ingen annan gör det”. I diskussionerna framkom också att det ibland rådde oklarheter och skilda uppfattningar gentemot angränsande verksamheter, om vilka vårdnivåer som skulle göra vilken typ av utredning.

De verksamma inom BUP ville oftast framhålla barn- och ungdomspsykiatri som en specialiserad verksamhet. De efterlyste ett primärvårdsled, ”första linjens vård”, i fall då inte specialistvård behövdes. Samtidigt ansåg enstaka enheter att deras uppgift var att ta hand om alla som sökte vård, oavsett vårdbehov.

## Tillgänglighet

De intervjuade ansåg i allmänhet att BUP:s verksamheter hade en god tillgänglighet, inom ramen för vårdgarantin på tre månader. Det förekom dock väntetider på sex månader eller mer för neuropsykiatriska utredningar. Vid några enstaka verksamheter var dessa väntetider så långa som ca två år. Svarspersonernas uppfattning om väntetider stämde relativt väl överens med de väntetider som Socialstyrelsen fann i de granskade journalerna.

Enligt den statistik om väntetider i vården som fanns tillgänglig på SKL:s webbplats [4], för tiden för när Socialstyrelsen besökte verksamheterna hös-

ten 2008, hade i genomsnitt ca 20 procent av patienterna i landet väntat längre än 90 dagar på vård. Motsvarande siffra för januari 2009 var 10 procent, med regionala variationer mellan 0 och 43 procent.

Enligt svarspersonerna berodde den förbättrade tillgängligheten delvis på att man fått del av de statliga medel som anslogs till landstingen år 2007, bl.a. med syftet att öka tillgängligheten. Enligt Socialstyrelsens rapport 2008 från uppföljningen av statsbidraget, hade landstingens satsningar precis kommit i gång vid utvärderingen 2008 [9]. Därmed bör åtgärderna för att minska väntetiderna inte ha fått full genomslagskraft vid tiden för tillsynsbesöken. Det finns således troligen fler orsaker till förbättrad tillgänglighet. Vid många enheter hade man t.ex. arbetat med att lösa köproblemen till neuropsykiatriska utredningar genom att organisera utredningarna på andra sätt än tidigare.

## Sluten vård

Vården inom BUP sker i stor utsträckning i öppen vård. Flera landsting och regioner hade gemensamma slutenvårdsplatser på en eller två kliniker, medan övriga kliniker i landstinget eller regionen saknade egna vårdplatser och skulle utnyttja de gemensamma platserna. Ett par kliniker hade ett par "vilande" slutenvårdsplatser, som kunde öppnas och bemannas vid behov. På flera håll finns också vårdformer som kallas "mellanvård" och som är avsedda att delvis ersätta behovet av sluten vård. Mellanvård innebär förstärkta insatser i öppen vård, t.ex. genom stödinsatser i hemmet, men kan också innebära t.ex. femdygnsvård eller vård på dagtid måndag till fredag.

Trots att antalet vårdplatser har minskat på flera håll i landet, har antalet vårdtillfällen i sluten vård ökat under åren 1998-2007 enligt den nationella statistiken [10]. Vårdtiderna har dock blivit kortare. Det är i åldersgruppen 15-19 år som vårdtillfällena har ökat. Denna åldersgrupp är den klart största patientgruppen i den barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården, såväl i dag som tidigare. För 10-14-åringarna har det inte skett någon större förändring, och för de yngre patienterna har antalet vårdtillfällen i den slutna vården minskat. De yngre patienterna har varit mycket få under hela tidsperioden.

I Socialstyrelsens granskning framkom att barn ibland vårdades på avdelningar för vuxna patienter, därför att BUP saknade egna lämpliga platser. Detta gällde oftast tonåringar med starkt utåtagerande eller våldsamt beteende. Orsaken uppgavs oftast vara att dessa patienter inte passade att vårda tillsammans med övriga patienter på BUP:s vårdavdelningar.

På drygt 40 procent av enheterna ansåg svarspersonerna att enhetens behov av slutenvårdsplatser inte täcktes. Det var ingen större skillnad på svaren från öppen och sluten vård. I ungefär hälften av landstingen eller regionerna ansåg de tillfrågade att behovet av slutenvårdsplatser var täckt.

Ett annat problem som kom fram vid intervjuerna var att det på flera håll gjordes en "överprövning" av inläggningsbeslut som fattats av specialistläkare vid kliniker utan slutenvårdsplatser. När patienten kom till vårdavdelningen kunde specialistläkaren där fatta ett nytt beslut om att patienten inte behövde sluten vård. Situationen upplevdes i hög grad som otillfredsställande, då informationen till patienten och närstående blev motsägelsefull.

## Personal

Bristen på specialistläkare inom BUP framstod under intervjuerna som ett av de största problemen för verksamheterna. Detta problem återkom ofta i diskussionen kring andra ämnesområden. På de flesta enheter ansåg medarbetarna att de inte hade tillräcklig tillgång till specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri. Två enheter saknade helt specialistläkare. Sju enheter täckte behovet helt eller delvis med extern kompetens. Det var också vanligt med vakanta tjänster på klinikerna.

År 2006 var 338 specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri sysselsatta i Sverige. Något fler än hälften av dem var 55 år eller äldre. De senaste åren har i genomsnitt ca 18 nya specialistbevis utfärdats varje år av Socialstyrelsen. Uppskattningsvis kommer ca 120 specialister att nå pensionsåldern de kommande tio åren. Dessa siffror tyder på att antalet specialister kommer att öka något framöver, även då man tar hänsyn till att alla specialister inte blir verksamma inom den svenska barn- och ungdomspsykiatrin. Vid flera av de besökta enheterna fanns en "försiktig optimism" med hopp om en bättre läkartillgång i framtiden, eftersom man hade flera läkare under utbildning till specialister i barn- och ungdomspsykiatri på kliniken.

På hälften av enheterna ansåg svarspersonerna att behovet av psykologer täcktes, medan man ansåg sig ha för få psykologer på de flesta övriga enheter. Behovet av psykologer hade ökat på de enheter som utförde neuropsykiatriska utredningar, och på flera håll fanns vakanta psykologtjänster.

Vidare varierade svarspersonernas syn på behovet av sjuksköterskor. Sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatri eller barnsjukvård verkar vara en växande yrkesgrupp inom BUP på många håll. Det beror inte minst på ett ökat behov av läkemedelsuppföljningar och somatiska undersökningar, där sjuksköterskor ofta medverkar.

På de flesta enheter ansåg man sig ha tillräckligt många socionomer. Behovet av sjukgymnaster och arbetsterapeuter hade däremot ökat på de enheter som genomförde neuropsykiatriska utredningar. Många använde extern kompetens för att täcka upp behovet.

Andra personalkategorier inom BUP var skötare, specialpedagoger, socialpedagoger, logopedier och behandlingsassistenter. Behandlingsassistenter kunde ha olika utbildningar, t.ex. socialpedagog- eller socionomutbildning, men de kunde även sakna högskoleutbildning.

Vid intervjuerna frågade Socialstyrelsen vilka av följande terapikompetenser som fanns tillgängliga på enheterna: familjeterapi, kognitiv psykoterapi och psykodynamisk psykoterapi, med utbildningsnivå motsvarande "steg 1" eller högre. I regel fanns god tillgång till dessa kompetenser, med övervikt på psykodynamisk terapi. Även kompetensen inom familjeterapiområdet var mycket god, medan något färre enheter hade kompetens inom området kognitiv psykoterapi.

## Diagnos och behandling

### Patientdata

De flesta av de 483 granskade journalerna avsåg patienter i tonåren. Patienterna hade följande åldersfördelning (med ett bortfall på 4 journaler):

- 17 journaler var över 18 år (3,5 %).
- 226 journaler var i åldern 16–18 år (47 %).
- 165 journaler var i åldern 11–15 år (34,5 %).
- 55 var i åldern 6–10 år (11,5 %).
- 16 var 5 år eller yngre (3,5 %).

Könsfördelningen i journalmaterialet var 55 procent flickor och 45 procent pojkar. Vidare avsåg hälften av de 423 journalerna från öppen vård avslutade behandlingar. Socialstyrelsen hade möjlighet att få fram hur långa behandlingstiderna varit i de ärenden som avslutats. Ca en tredjedel av behandlingarna hade avslutats inom tre månader, medan drygt hälften av behandlingstiderna uppgick till ett halvår eller mer. I ca en tiondel av fallen var behandlingstiderna mer än tre år.

## Vägen in till BUP

Svarspersonerna angav att patienterna oftast sökte vård tillsammans med föräldrar eller kom via skolhälsovården eller socialtjänsten. Detta stämmer ganska väl med vad som framkom vid journalgranskningen. Dock hade inte så många patienter aktualiserats via socialtjänsten, utan fler hade kommit via en barnmedicinsk klinik eller en annan BUP-klinik.

I ungefär hälften av journalerna med dokumenterade kontaktvägar hade den första kontakten med BUP tagits via telefon, ofta av en förälder. I en tredjedel av fallen togs den första kontakten i form av en skriftlig remiss. Då patienten kommit via en skriftlig remiss sökte Socialstyrelsen efter remiss-svar i journalerna, där behandlingen var avslutad. I endast ca hälften av dessa journaler fanns ett skriftligt svar till remittenten.

De vanligaste orsakerna till att BUP kontaktades var enligt journalmaterialet

- depressivitet eller nedstämdhet
- ”annan psykisk sjukdom eller störning” (t.ex. ätstörning, ångest, fobi, tvång eller psykos)
- relationsproblem eller beteendestörning i familjen
- självskadebeteende eller självmordsbenägenhet
- beteendestörning i skolan eller förskolan
- neuropsykiatrisk problematik.

Efter att BUP kontaktats skedde oftast ett eller flera bedömningsamtal, där BUP fick mer information om patienten. Bedömningen kunde ske vid besök eller per telefon. På några håll i landet använde BUP en modell med strukturerad telefonintervju (BCFPI= Brief Child and Family Phone Interview), där en noggrann anamnes togs upp per telefon med en vårdnadshavare. Modellen gav även BUP möjlighet att följa upp patientärenden på ett strukturerat sätt[11].

Av journalgranskningen framgick att den första åtgärden i ungefär vart tionde ärende var diskussion vid en behandlingskonferens. I övriga fall var någon form av bedömningsamtal den första åtgärden på mottagningarna. I den slutna vården var däremot inläggning den första åtgärden.

Enligt svarspersonerna avgjordes vem eller vilka som skulle behandla patienten oftast mot bakgrund av patientens angivna problematik efter att man gjort någon form av bedömning, vid besök eller telefonintervju. Även tillgången till behandlare hade betydelse för vem eller vilka som utseddes till att ansvara för patienten. I majoriteten av journalerna kunde Socialstyrelsen dock inte utläsa vilka överväganden som gjorts vid valet av behandlare.

## Språkförståelse

De flesta av verksamheterna hade skriftliga rutiner för hur handläggningen skulle gå till då patienten eller anhöriga hade ett annat modersmål än svenska. Vanligtvis beställde BUP en tolk eller använde telefontolk. Språktolkning med hjälp av närstående användes inte annat än i undantagsfall. Intrycket vid intervjuerna var att medarbetarna var vana vid språktolkning och att det i regel fungerade väl. På två tredjedelar av enheterna angav personalen att de använde teckentolkar för att kommunicera med personer med hörselskada. Vidare kunde ett mindre antal enheter med säkerhet ordna en taktill tolk för personer med dövblindhet. På några håll kunde BUP också hänvisa till ett specialkompetent team för personer med hörselskada eller dövblindhet.

## Läkarmedverkan

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anger att om det behövs för patientsäkerheten ska för patienten utses en patientansvarig legitimerad läkare (PAL) [12]. Enligt intervjuerna utsågs i allmänhet en PAL i den slutna vården, medan endast drygt två femtedelar av enheterna i den öppna vården uppfyllde detta lagkrav. I de granskade journalerna från den öppna vården angavs en PAL i cirka en fjärdedel av fallen.

Att enheterna inte uppfyllde kravet berodde bl.a. på läkarbrist eller på att en läkare ansågs vara insatt i adekvata ärenden utan att vara formellt utsedd till PAL. I några fall ansåg svarspersonerna att en PAL inte behövdes inom barnpsykiatrin.

Vidare frågade Socialstyrelsen medarbetarna på de olika enheterna hur de såg på kravet i HSL om att varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd [13]. Svaren var mycket skiftande. På slutenvårdsenheterna blev patienten i regel läkarundersökt i samband med inläggningen, men det var bara på ca hälften av öppenvårdsmottagningarna som medarbetarna ansåg att de klart uppfyllde kravet. På vissa enheter lade personalen stor vikt vid och hade utformat skriftliga rutiner för att göra en god bedömning initialt, även av eventuella somatiska besvär.

Patienter som svarspersonerna ansåg behöva läkarkontakt var

- patienter som behandlades med läkemedel
- patienter med neuropsykiatriska diagnoser
- patienter med psykos eller depression
- patienter i behov av självmordsbedömning
- patienter med ätstörningar.

Patienter med familjerelationsproblem eller annan "lättare" problematik ansågs däremot oftast inte behöva läkarkontakt, och inte heller patienter vid spädbarnsverksamheterna. Vid tre enheter angav svarspersonerna att de flesta patienter aldrig träffade en läkare, vilket Socialstyrelsen bedömer som oacceptabelt.

Journalgranskningen visade att nästan hälften av patienterna i de granskade journalerna från öppen vård inte hade haft någon läkarkontakt alls, trots ibland mycket långa behandlingstider.

Vid besöken framkom vidare att läkarna följde upp åtgärder som de hade satt in, t.ex. läkemedelsbehandling. Antingen följde läkaren upp åtgärden själv, eller också med stöd av annan personal. Ofta deltog en sjuksköterska i uppföljningen av läkemedelsbehandlingen.

## Vårdprogram

På 49 enheter (ca 75 procent) angav medarbetarna att de använde vårdprogram. På ytterligare 8 enheter var arbete igång med att utforma vårdprogram. Framför allt användes vårdprogram för patienter med ätstörningar, självmordsrisk och ADHD. Socialstyrelsen intervjuade inte de specialteam som fanns vid flera kliniker, för t.ex. ätstörningar, självskadebeteende eller neuropsykiatriska diagnoser. Ibland svarade de intervjuade att specialteamerna använde vårdprogram i större utsträckning. Av de enheter som använde vårdprogram hade ca 40 procent någon form av uppföljning av att vårdprogrammen följs.

## Vårdplan

På drygt hälften av enheterna uppgav svarspersonerna att de använde vård- eller behandlingsplaner (i fortsättningen benämnd "vårdplan"). På de flesta övriga enheter upprättades vårdplaner "ibland". Endast på fem enheter svarade de intervjuade att man inte upprättade vårdplaner. I ca två tredjedelar av de granskade journalerna fann Socialstyrelsen dock ingen urskiljbar planering någonstans i förloppet. En dokumenterad vårdplan fanns i ca en femtedel av journalerna.

När vårdplan upprättades svarade behandlaren för detta och i allmänhet även för att dokumentera den. Vårdplanen dokumenterades vanligen antingen på ett eget sökord i journalen eller i löpande journaltext. I några fall upprättades vårdplanen som ett eget dokument utanför journalen.

När det fanns en dokumenterad vårdplan i journalerna, hade den endast följts upp eller utvärderats i hälften av fallen.

## Bedömning och diagnos

Enligt intervjuerna ställde man alltid diagnos på ca 80 procent av enheterna. Vid slutenvårdsavdelningarna ställdes alltid diagnos. Vid övriga enheter ställde man diagnos "ibland", och på en mottagning användes inte diagnoser över huvud taget. På den mottagningen hänvisade svarspersonerna till att huvudmannen inte hade krävt att diagnoser skulle användas.

Vid journalgranskningen saknades dokumenterad diagnos i ca 45 procent av journalerna från den öppna vården och i ca 10 procent av slutenvårdsjournalerna.

Vanligen använde enheterna diagnossystemet ICD för att dokumentera diagnoser i journalen. Även DSM-systemet användes i viss utsträckning. Ofta samverkade olika yrkeskategorier för att ställa diagnos. Vid nära hälften av enheterna hade läkare det övergripande ansvaret för diagnostiseringen, liksom för differentialdiagnostiken. Det var ungefär lika vanligt att ”huvudbehandlaren”, som ofta inte var en läkare, hade det övergripande ansvaret för diagnostiken.

Strukturerade skattningar och tester användes ofta i diagnostiken, t.ex. vid neuropsykiatriska utredningar eller vid depressionsbedömningar.

I ca 25 procent av de granskade journalerna återfanns ingen strukturerad eller endast en bristfällig anamnes. Lika många journaler saknade somatiskt status. Socialstyrelsen bedömde att ca 65 procent av journalerna saknade ett differentialdiagnostiskt resonemang.

Vid besöken diskuterade Socialstyrelsen tillsammans med personalgruppen hur BUP-medarbetarna kunde säkerställa att de uppmärksammade somatiska sjukdomar och problem hos patienterna. Pga. läkarbristen var personalen ofta beroende av att en annan behandlare uppmärksammade behovet av en somatisk undersökning, vilket i sig kunde vara svårt för personal utan somatisk medicinsk utbildning. Några enheter hade dock försökt skapa rutiner för detta. Rutinerna kunde innebära att en sjuksköterska träffade patienten tidigt eller att teamet noggrant gick igenom en checklista när de diskuterade patienten.

## Behandling

Personalen på enheterna arbetade ofta i multiprofessionella team, bl.a. planerades patienternas behandling ofta på någon form av teammöte – ”behandlingskonferens”. I regel dokumenterade personalen inte alls de diskussioner som fördes på dessa teammöten. I vissa fall dokumenterade man i patientens journal endast att ett teammöte hade ägt rum.

Vid intervjuerna ställdes inga specifika frågor om vilka behandlingsmetoder som enheterna erbjöd. De behandlingsmetoder som vanligen dokumenterats i journalerna var olika typer av samtal med patienten eller familjen. Eftersom majoriteten av journalerna inte innehöll någon urskiljbar planering så framgick det ofta inte om något definierat terapeutiskt samtal hade förts, eller vilka syften och mål man hade med behandlingen.

Alla enheter kunde erbjuda läkemedelsbehandling. De vanligaste tillstånden som behandlades med läkemedel var ADHD eller andra neuropsykiatriska diagnoser, depression, ångest, tvångsyndrom, psykos och sömnstörningar. Flera av mottagningarna behandlade dock inte själva patienter med psykos, utan speciella team tog hand om detta.

Vid granskningen av journalerna bedömde Socialstyrelsen var fokus hade legat i kontakterna – på barnet, familjen, vårdnadshavare eller någon annan. I 84 procent av journalerna låg behandlingsfokus på barnet och i 12 procent på familjen. I fyra procent av journalerna låg fokus på vårdnadshavare, och dessa journaler gällde vanligen spädbarnsverksamhet.

## Övergången till vuxenpsykiatri

Ca en tredjedel av enheterna hade gemensamma rutiner med vuxenpsykiatri för övergången när patienten behövde fortsatt psykiatrisk vård efter 18 års ålder. Ytterligare en tredjedel hade egna rutiner utan överenskommelse med vuxenpsykiatri. En del svars personer såg det som ett problem att vuxenpsykiatri hade en avgränsning av sitt uppdrag, något som BUP saknade. Behandlarna på BUP uppfattade att vissa patienter av den anledningen skulle komma att hamna ”mellan stolarna” när de fyllt 18 år.

På sina håll hade vuxenpsykiatri och BUP gemensamma verksamheter för patienter mellan 16 och 24 år, vilket BUP-medarbetarna såg som positivt.

Vidare framkom att åldersgränsen 18 år ibland behandlades som ”flytande”. BUP kunde t.ex. behålla patienter som fyllt 18 år om behandlingen skulle avslutas inom den närmaste tiden. Å andra sidan hänvisade BUP ibland patienter som snart skulle fylla 18 år till vuxenpsykiatri, när BUP bedömde att det skulle bli fråga om en längre behandlingsperiod. På några orter höll vuxenvården dock strikt på åldersgränsen 18 år, enligt de intervjuade.

## Riskbedömningar

Endast 51 av de 70 enheterna hade skriftliga rutiner för att bedöma självmordsrisk. Vem eller vilka som utförde sådana riskbedömningar varierade. Vid 18 enheter svarade man att endast läkare utförde självmordsriskbedömningar. 40 enheter använde någon form av strukturerad metod för bedömning av självmordsrisk. Vidare hade 11 enheter anmält självmord enligt lex Maria under det senaste året.

## Tvångsvård

På de 12 slutenvårdsavdelningarna ställdes frågor om tvångsvård – vård enligt lagen (1991:1128) om slutna psykiatrisk vård (LPT) eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Vården regleras även i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Alla de besökta avdelningarna bedrev tvångsvård vid den egna kliniken. Vid fem avdelningar tvångsvårdades patienter mer än 10 gånger per år, medan tvångsvård var ovanligare vid övriga avdelningar.

Det var inte alla patienter som behövde tvångsvård, som vårdades på den egna kliniken. BUP:s patienter tvångsvårdades ibland i vuxenpsykiatri eller i enstaka fall på en intensivvårdsavdelning (t.ex. efter självmordsförsök). Utnyttjande av platser på vuxenpsykiatriska avdelningar förekom då patienten var i tonåren och våldsamma eller utåtagerande. BUP kunde då ha bedömt att patienten skulle vara alltför störande eller svår att hantera tillsammans med andra patienter på BUP-avdelningen.

Alla besökta slutenvårdsavdelningar använde tvångsåtgärder vid behov, då patienter vårdades enligt LPT eller LRV (Socialstyrelsen stötte dock inte på något fall där patienten vårdats enligt LRV). De åtgärder som nämndes

var tvångsmedicinering, avskiljning och fastspänning. Utöver dessa tvångs-åtgärder angav svarspersonerna på en enhet att de kunde använda ”fasthållning” och på en annan enhet ”fråntagande av farliga föremål och mobiltelefon”.

Tvångsvård hade dokumenterats i 20 av de 483 granskade journalerna. Tvångsmedicinering hade dokumenterats i 15 journaler, fastspänning i 14, avskiljning i 12 och ”annat” i 9 journaler. ”Annat” kunde t.ex. innebära att en patient med livshotande anorexi hade tvångsmatats.

På alla avdelningar som bedrev tvångsvård uppgav de intervjuade att man rapporterade till Socialstyrelsen i enlighet med LPT 19 och 20 §§ och SOSFS 2008:18, dvs. när patienten hållits fastspänd i mer än fyra timmar eller avskiljd i mer än åtta timmar i följd [12].

Journalgranskningen visade dock att avdelningarna i enstaka fall inte hade följt rutinerna för tvångsvård och att dokumentationen av tvångsvården i några fall var bristfällig.

## Dokumentation

Socialstyrelsen gjorde en helhetsbedömning av de granskade journalerna. Bedömning gjordes av om journalen

- var välstrukturerad
- innehöll tydliga sökord
- var överskådlig
- i huvudsak innehöll väsentlig information
- kunde anses vara ett användbart redskap i vården
- dokumenterade planering, utvärdering och uppföljning.

Inom alla områdena var ca en femtedel av journalerna klart sämre än godtagbart, med undantag för området ”planering, utvärdering och uppföljning”, där två femtedelar var sämre än godtagbart. Journalerna från den slutna vården bedömdes som bättre än journalerna från den öppna vården. Även journaler från neuropsykiatriska utredningar bedömdes som välstrukturerade och som användbara redskap i vården. I 16 journaler var dokumentationen dock så bristfällig att Socialstyrelsen inte kunde bedöma eventuella brister i utredning och diagnostik.

En brist som återkom i mer än hälften av journalerna var att teamkonferenser, remisskonferenser och liknande inte dokumenterades eller endast dokumenterades bristfälligt – alltså konferenser där man diskuterat patientens problem, gjort överväganden och fattat beslut om vården. Sådana konferenser dokumenterades heller inte oftare i journaler med lång behandlingstid än vid de kortare kontakterna. Vid de diskussioner som fördes under intervjuerna, var de verksamma vid enheterna oftast överens med Socialstyrelsen om att det är viktigt att dokumentera även denna del av patientens vård i journalen.

Vid två tredjedelar av enheterna följde verksamhetschefen eller någon annan med särskilt ansvar upp att vården dokumenterades på rätt sätt, som en planerad del av kvalitetsarbetet. På en tredjedel av verksamheterna följdes inte dokumentationen upp alls.

## Kvalitetsarbete

Mellan hälften och två tredjedelar av verksamheterna deltog i något eller några kvalitetsregister. De vanligaste registren var RIKSÄT (Nationellt kvalitetsregister för specialiserad ätstörningsbehandling) och BUSA (Nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd ADHD) [15]. Vid intervjuerna framkom också att flera verksamheter hade väntat med att ansluta sig till registren eftersom det hade förekommit en del registreringsproblem – tekniska problem med registren.

I 2008 års rapport ”Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet”, från Socialstyrelsen och SKL, redovisas en kvalitetsindikator från RIKSÄT: andelen patienter med ätstörning som förbättrats ett år efter påbörjad behandling (både barn och vuxna patienter). I rapporten påpekas dock att det är svårt att göra jämförelser, bl.a. för att underlaget är för litet, men man lyfter fram sammanställningen som ett exempel på kvalitetsuppföljning inom psykiatri [16].

Vid intervjuerna frågade Socialstyrelsen om enheterna hade skriftliga rutiner för de områden som är obligatoriska enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem och patientsäkerhet [17], samt enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser [18]. Följande framkom vid intervjuerna:

- Två tredjedelar av enheterna hade skriftliga rutiner för hantering av patientklagomål och för patientbemötande.
- Två tredjedelar hade skriftliga rutiner för riskhantering.
- Två tredjedelar hade skriftliga rutiner för diagnostik, vård och behandling.
- Två tredjedelar hade skriftliga rutiner för kompetensförsörjning.
- De flesta hade skriftliga rutiner för samverkan och samarbete.
- Nästan alla hade skriftliga rutiner för avvikelshantering.
- Två tredjedelar hade skriftliga rutiner för tjänster, produkter eller teknik.
- Två tredjedelar hade skriftliga rutiner för spårbarhet.
- Två tredjedelar hade skriftliga rutiner för egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring.
- Nio av tio enheter hade skriftliga rutiner för remisshantering.

## Samverkan och samarbete

De vanligaste andra verksamheter, som BUP enligt intervjuaren hade någon form av organiserad övergripande samverkan med, var socialtjänsten, barnhabiliteringen, skolhälsovården eller elevhälsan, barn- och ungdomsmedicinska kliniker och vuxenpsykiatri. Ibland samverkade enheterna också på en övergripande nivå med ungdomsmottagningar, barnvårdscentraler (BVC), mödravårdscentraler (MVC) och primärvården. På många håll kunde dock samverkan förbättras.

I ungefär hälften av de granskade journalerna hade behandlarna dokumenterat att familjen eller patienten behövde stöd utöver BUP:s insatser. De vårdgrannar som BUP oftast hade kontaktat i enskilda patientärenden var

skolan och socialtjänsten. Mindre ofta hade man kontaktat barnhabiliteringen, en annan BUP-enhet, vuxenpsykiatri eller primärvården.

På 14 enheter angav svarspersonerna att man upprättade gemensamma behandlingsplaner med andra verksamheter då man samverkade i enskilda ärenden. På ytterligare 49 enheter upprättades sådana planer "ibland". Vid journalgranskningen fann Socialstyrelsen dock endast ett fåtal gemensamma behandlingsplaner.

Vidare hade knappt två tredjedelar av enheterna skriftliga rutiner för att hantera sekretessen med externa vårdaktörer.

## Anmälan till socialtjänsten

50 av de 70 enheterna hade skriftliga rutiner för anmälan enligt socialtjänstlagen 14 kap. 1 §, dvs. när man får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Vid diskussionerna under besöken ansåg de intervjuade i regel att regelverket är välkänt och fungerar, även på enheter som inte hade någon skriftlig rutin.

# Bedömning

---

## Uppdrag och kvalitetsarbete

Socialstyrelsen konstaterar att vårdgivarna måste se över vilket uppdrag de har gett till barn- och ungdomspsykiatrin. Det är vårdgivarnas ansvar att besluta om uppdraget – den som ansvarar för en verksamhet måste tala om vad den förväntar sig av verksamheten och ta reda på om förväntningarna uppfylls. Vårdgivarna måste därmed tydligt formulera vilka uppgifter som ska utföras av den specialiserade vården. Vidare är det minst lika viktigt att vårdgivarna avgränsar uppdraget, dvs. formulerar vilka uppgifter som inte ska utföras av den specialiserade vården, utan på en annan vårdnivå.

Det är i allmänhet tydligt var vuxna patienter med psykisk ohälsa ska få icke specialiserad vård. Detta medför att vissa patienter överförs från den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin till primärvården när de har fyllt 18 år. De kan alltså inte överföras till vuxenpsykiatrin, eftersom deras problematik inte ligger inom uppdraget för den specialiserade vuxenpsykiatriska vården. Dessa patienter riskerar i hög grad att ”falla mellan stolarna”. Risken hade varit mindre om vårdgivarna hade gett ett tydligt uppdrag åt de vårdinstanser som ska bedriva den icke specialiserade vården av barn och ungdomar med psykisk ohälsa. En sådan tydlighet hade även frigjort resurser från den specialiserade vården, så att den kunnat bli mer tillgänglig. På så sätt hade patienter i behov av specialiserad barn- och ungdomspsykiatrisk vård kunnat få mer resurskrävande insatser.

Vårdens uppdrag ska även omfatta övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet, och målen ska följas upp av vårdgivaren. Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvaliteten. Vårdgivaren ska också ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformat att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande [17].

Ansvar för bristande kvalitetsarbete ligger till en del på vårdgivarna, om de inte har uppfyllt kraven på att fastställa övergripande mål och direktiv för ledningssystemet. Socialstyrelsen förutsätter att vårdgivarna ser över sina direktiv till vården och kommer att följa upp att så sker genom planerad fortsatt tillsyn.

Även verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonalen bär ansvar för kvalitetsarbetet. Verksamhetscheferna ska bl.a. ta fram, dokumentera och fastställa rutiner för kvalitetsarbetet. De ansvarar också för målformuleringar och för att följa upp och analysera verksamheten. Personalen ska å sin sida medverka kontinuerligt i det systematiska kvalitetsarbetet inom ramen för verksamhetens ledningssystem. Socialstyrelsen förutsätter och kommer att följa upp att verksamhetscheferna ser över ledningssystemen även på

verksamhetsnivå, och att de tar fram och implementerar rutiner inom de områden där sådana saknas.

Vidare anser Socialstyrelsen att BUP likaväl som vuxenpsykiatri behöver skriftliga rutiner för att bedöma självmordsrisk. Det är viktigt att personalen känner till dessa rutiner väl. Socialstyrelsen vill också påpeka vikten av att personalen tydligt dokumenterar bedömningar av självmordsrisk i patientens journal.

Både verksamhetschefer och personal måste vidare särskilt uppmärksamma vården av människor som har berövats sin frihet pga. psykisk sjukdom. Denna vård måste vara av högsta kvalitet. Det påpekar Socialstyrelsen i en nyligen publicerad inventering av tvångsvård [19]. Rutinerna för tvångsvård av barn och ungdomar med psykisk ohälsa måste alltid hållas aktuella, och personalen ska vara välinformerad om rutinerna.

## Utveckling pågår inom BUP

Socialstyrelsen konstaterar att det på många håll i landet pågår ett intensivt kvalitets- och utvecklingsarbete av barn- och ungdomspsykiatri. Flera av de granskade verksamheterna hade goda rutiner för vård och behandling. De dokumenterade vården på ett bra sätt, följde upp sina resultat och hade en god samverkan med angränsande verksamheter. Ett par av de mest välfungerande verksamheterna verkade i ”svåra” upptagningsområden, där många patienter hade en allvarlig psykiatrisk problematik och samtidigt svåra sociala problem.

I andra verksamheter hade däremot inte kvalitets- och utvecklingsarbetet fått en framträdande plats. Dessa verksamheter kunde t.ex. sakna rutiner för vård och behandling, dokumentation, uppföljning och erfarenhetsåterföring. Dessutom saknades tillfredsställande rutiner för samverkan med vårdgrannar. Patienter kunde ha behandlats mycket länge utan att deras tillstånd konkret hade förbättrats och utan omprövning av behandlingen, att döma av dokumentationen. Vården kunde också ha bedrivits utan dokumenterade behandlingsmål och utan att man följt upp resultatet.

## Tillgänglighet

Den öppna vården inom BUP var relativt tillgänglig på de granskade enheterna, utifrån vårdgarantiramen på tre månader. Många enheter klarade att inleda en bedömning inom en månad. Det fanns dock en förbättringspotential, speciellt för neuropsykiatriska utredningar. SKL:s statistik visar att väntetiderna fortfarande är långa i några landsting [4].

Att vården är tillgänglig kan anses särskilt viktigt då det gäller unga personer som växer och utvecklas. Det är angeläget att barn och ungdomar i behov av specialiserad psykiatrisk vård inte behöver vänta så länge på vården att deras tillstånd riskerar att förvärras eller att den unges omständigheter i övrigt försämras genom dröjsmålet med insatserna.

Socialstyrelsen ser det som positivt att den specialiserade vården av barn och ungdomar med psykisk ohälsa i allt större utsträckning bedrivs i öppen vård eller mellanvård, i de fall det är möjligt med bibehållen kvalitet i vården. Barnets bästa är ofta att finnas kvar i sin egen miljö även då det är i

behov av psykiatrisk vård. Utvecklingen i den slutna vården visar också att de yngsta barnen under 10 år i allt högre grad vårdas i öppen vård [10].

Socialstyrelsen vill samtidigt understryka att barn och ungdomar i behov av sluten psykiatrisk vård måste kunna beredas sådan vård. Patientens problematik kan vara sådan att sluten vård behövs under kortare eller längre tid. Det är otillfredsställande att de intervjuade på nära hälften av enheterna ansåg att behovet av slutenvårdsplatser inte var täckt. Dessutom kunde patienten och familjen råka ut för motsägelsefulla beslut i samband med att patienten skulle vårdas på en annan kliniks slutenvårdsavdelning.

BUP i Göteborg är ett gott exempel på hur man kan organisera den slutna vårdens resurser. Där hade alla öppenvårdsmottagningar akuttider under kontorstid. Övrig tid hänvisades patienterna till akutvårdsavdelningen på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Den öppna vården disponerade vårdplatserna på akutvårdsavdelningen, och varje öppenvårdsmottagning hade fortsatt ansvar för patienterna då de vårdades inom den slutna vården. Därmed var akutvårdsavdelningen en resurs för öppenvårdsmottagningarna och inte tvärtom. Den patientansvariga läkaren eller en annan befattningshavare på öppenvårdsmottagningen kunde besluta om inläggning, och ingen på akutvårdsmottagningen kunde då fatta ett annat beslut. Detta gjorde ansvarsfördelningen tydlig för såväl patienter och närstående som hälso- och sjukvårdspersonalen.

I dag är det ett faktum att BUP:s patienter ibland måste vårdas på vuxenpsykiatriska enheter. BUP saknar egen möjlighet att ta hand om vissa av de patienter som är starkt utåtagerande eller beter sig våldsamt mot andra eller mot sig själva. BUP har ingen subspecialisering inom sluten vård, utöver specialenheter som t.ex. ätstörningsenheter. Det innebär att patienter med mycket olika sjukdomsbild och ålder ska vårdas på en och samma vårdavdelning, och att utåtagerande patienter därför kan behöva placeras på vuxenenheter.

Socialstyrelsen konstaterar att denna lösning troligen ofta är den enda praktiskt genomförbara med nuvarande organisation och resurser. Lösningen kan fungera väl för patienten om vuxenpsykiatri och BUP samverkar på ett bra sätt. Samtidigt vill Socialstyrelsen peka på att alla barn, enligt FN:s barnkonvention, har samma rättigheter och lika värde. Barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet. Konventionens artikel 24 slår fast att barnet har rätt till att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård [20]. Barnet, dvs. patienten under 18 år, måste därmed anses ha rätt till barn- och ungdomspsykiatrisk vård och inte hänvisas till vuxenpsykiatri, som utgör en annan medicinsk specialitet. Barn har alltså rätt att bemötas som barn tills de är vuxna i lagens mening (d.v.s. till 18 års ålder). Om ett barn av praktiska skäl måste vårdas på en enhet för vuxna, är det med andra ord väsentligt att barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens medverkar i vården och att vården även i övrigt anpassas till att patienten inte är vuxen.

## Läkarmedverkan

Socialstyrelsen finner det oacceptabelt att specialistläkare generellt sett medverkar i alltför liten utsträckning i patientens diagnos, vård och behandling. I nära hälften av de granskade 483 journalerna hade patienten inte träffat någon läkare alls under sin kontakt med BUP, trots att behandlingstiderna ibland var mycket långa – var tionde patient som avslutat sin behandling hade haft behandlingskontakt med BUP i mer än tre år. Endast i ca en fjärdedel av de granskade journalerna från öppen vård fanns en patientansvarig läkare (PAL) dokumenterad. Enligt Socialstyrelsens uppfattning är det orimligt att nära hälften av patienterna i den specialiserade vården inte skulle ha behov av direkt läkarkontakt.

Bristande läkarmedverkan visade sig också i diskussionerna om PAL. I den öppna vården uppgav svarspersonerna på endast två femtedelar av enheterna att man uppfyllde HSL:s krav på att utse en PAL då det behövs för patientsäkerheten[11]. Socialstyrelsen anser att det ofta är nödvändigt för patientsäkerheten att utse en PAL inom barn- och ungdomspsykiatri. Behandlingstiderna är ofta långa, och patienterna kan vara svårt sjuka. Den barnpsykiatriska specialistkompetensen behövs då för att, tillsammans med andra kompetenser i teamet, värdera patientens hela behov och därmed kunna ge adekvat vård.

Socialstyrelsen bedömer att den stora bristen på specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri är ett allvarligt problem. Patientsäkerheten och vårdens kvalitet riskerar att försämrats. Inom BUP har man ofta en ambition att arbeta tvärprofessionellt kring patienten i samverkan mellan olika professioner. Då specialistläkarkompetensen saknas kan teamet inte värdera patienternas hela behov och riskerar därmed att ge felaktiga eller bristfälliga insatser. Socialstyrelsen anser att vården inte kan fungera som specialiserad barn- och ungdomspsykiatri om den saknar eller har alltför dålig tillgång till specialistläkare inom området.

På många håll var de intervjuade även osäkra på om enheten hade tillräckligt goda rutiner för att säkert uppmärksamma somatiska problem hos patienterna, vilket Socialstyrelsen bedömer som ytterligare en risk för patientsäkerheten.

Vid tillsynsbesöken såg Socialstyrelsen några goda exempel på hur läkarresurserna utnyttjades. Vid mottagningen i Växjö hade man t.ex. utformat ett särskilt dokument, ”Det medicinska perspektivet och läkaranvändningen vid Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Växjö”. I dokumentet redogörs bl.a. för var det medicinska perspektivet och läkaransvaret är viktigast: vid prioriteringar av nyanmälda ärenden, diagnostik och differentialdiagnostik, behandlingsutvärdering och bedömning av färdigbehandling. Dokumentet anger vilka ärenden som särskilt ska bli tvärprofessionellt genomlysta, och när en patient ska bli somatiskt undersökt. Dokumentet innehåller också ett avsnitt om läkemedelsanvändning, till stöd för övriga medarbetare.

## Dokumentation

God dokumentation är ett krav inom all hälso- och sjukvård. Av patientdatalagen framgår t.ex. att patientjournalen ska innehålla väsentliga uppgifter

om bakgrunden till vården och om diagnosen [21]. Journalen ska också beskriva anledningen till mer betydande åtgärder samt innehålla väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.

Socialstyrelsen konstaterar att det fanns stora brister inom området dokumentation. De besökta enheterna saknade ofta rutiner för dokumentation och för uppföljning av att dokumentationen görs på rätt sätt. Ca en femtedel av de granskade journalerna var inte godtagbara som dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Nästan hälften av journalerna från öppen vård saknade dokumenterad diagnos, vilket Socialstyrelsen betraktar som anmärkningsvärt. I många journaler var det också svårt att följa vårdförloppet och vilka överväganden som gjorts i samband med diagnos och behandlingsval. Detta berodde bl.a. på att personalen inte hade dokumenterat de diskussioner om patienten som fördes på teamkonferenser och liknande möten.

I ett relativt stort antal journaler fanns visserligen väsentliga uppgifter dokumenterade, men de kunde vara svåra att urskilja från en omfattande ”textmassa”, som även innehöll uppgifter som inte kunde anses som väsentliga för vården. Socialstyrelsen vill därför framhålla vikten av att endast dokumentera väsentlig information och att inte upprepa samma information gång på gång.

Vidare är det anmärkningsvärt att 16 journaler var så bristfälliga att Socialstyrelsen inte ens kunde avgöra om det fanns några brister i utredning och diagnostik.

Om en patientjournal är svåröverskådlig riskerar behandlaren att inte finna de väsentliga uppgifterna. Därmed kan patientsäkerheten bli lidande. Patientsäkerheten riskerar också att försämrats om journalen saknar väsentliga uppgifter för vården, t.ex. om vad som planerats för patienten eller viktiga överväganden och bedömningar. En god dokumentation är dessutom en förutsättning för att man ska kunna följa upp det enskilda patientärendet samt följa upp och utveckla verksamheten.

Socialstyrelsen fann vid granskningen exempel på mycket god dokumentation, där hela vårdförloppet kunde följas och där även uppföljning fanns dokumenterad. På flera enheter, där Socialstyrelsen bedömde dokumentationen som mycket god, hade man arbetat med att förbättra dokumentationen. Det fanns skriftliga rutiner för dokumentation och spårbarhet, och man följde upp dokumentationen på ett strukturerat sätt.

Socialstyrelsen bedömde att journalerna från den slutna vården var bättre strukturerade än journalerna i den öppna vården. Detta kan tänkas bero på att det oftare var läkare som gjorde journalanteckningarna i den slutna vården – läkare har större vana vid att föra journaler. Läkare hade generellt sett en bättre dokumentation än övriga grupper, även i öppen vård. Journalanteckningarna från neuropsykiatriska utredningar var dock välstrukturerade och innehöll adekvat information, oavsett vilken yrkesgrupp som hade dokumenterat.

## Samverkan

Socialstyrelsen fann exempel på mycket väl fungerande och även dokumenterad samverkan mellan BUP och angränsande verksamheter. Framför allt

samverkade BUP med skolan, socialtjänsten och primärvården. Sådana goda exempel sågs bl.a. hos enheter i områden med särskilt tung både psykiatrisk och social problematik (t.ex. mottagningen Team Öster i Malmö och mottagningen Gamlestaden i Göteborg). Dessa goda exempel visar att samverkan är möjlig och också ofta nödvändig för att uppnå behandlingsmålen.

År 2003 granskade Socialstyrelsen och ett antal av landets länsstyrelser samverkan mellan BUP och kommunernas socialtjänst [7]. Vid besöken på BUP under 2008 fick Socialstyrelsen intrycket att samverkan med socialtjänsten hade förbättrats sedan 2003. Samverkan behövde dock fortfarande förbättras, inte bara med socialtjänsten utan också med övriga vårdgrannar. I rapporten från 2004 pekade Socialstyrelsen ut några framgångsfaktorer för samverkan. Bl.a. konstaterades att både samverkan och utvärdering gynnas om det finns en bärande struktur för samverkan.

På ett antal öppenvårdsmottagningar ansåg de intervjuade inte att man behövde samverka med primärvården, BVC, MVC och ungdomsmottagningar, vilket Socialstyrelsen betraktar som anmärkningsvärt. Behov av samverkan med dessa vårdgrannar finns kring enskilda patienter. Därför bör det även finnas behov av någon form av övergripande strukturerad samverkan – i enlighet med slutsatsen från den ovan nämnda rapporten från 2004.

Socialstyrelsen anser att de samverkande aktörerna ska upprätta och dokumentera en gemensam behandlingsplan då de samverkar i ett enskilt patientärende. I dag görs detta i alltför liten utsträckning.

## Anmälan till socialnämnden

Personalen på de besökta enheterna kände väl till regelverket i socialtjänstlagens 14 kap. 1 § om anmälan till socialnämnden, enligt de intervjuade. 50 av 70 enheter hade skriftliga rutiner för sådana anmälningar. Sådana rutiner bör finnas enligt Socialstyrelsens allmänna råd om anmälan om missförhållanden enligt socialtjänstlagen [22].

Enligt de allmänna råden bör den som ansvarar för verksamheten förvissa sig om att all personal känner till när och hur man ska anmäla att man fått kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Socialstyrelsen anser att det aldrig får råda någon tvekan om vart en anmälningsskyldig ska vända sig. Hälso- och sjukvården får aldrig underlåta att anmäla uppgifter som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd [23].

## Kommande förändringar

I februari 2009 beslutade regeringen att ingå två överenskommelser med SKL. Överenskommelserna innebär en förstärkt vårdgaranti för BUP och ett stöd till förändringsarbete inom första linjens barn- och ungdomspsykiatri [24].

Den förstärkta vårdgarantin innebär att senast under 2011 ska alla lands- ting kunna erbjuda tid för bedömning inom BUP inom högst 30 dagar, och därefter beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar.

Stödet till förändringsarbetet utgörs av en satsning för att ta fram ett antal fungerande modeller för arbets- och samverkansmetoder, som tillgodoser

god tillgänglighet till rätt vårdnivå och insatser för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Enligt SKL:s skrivelse om överenskommelsen [25] bör det finnas tre nivåer för vården:

- en specialiserad nivå för allvarliga eller komplicerade tillstånd
- en första linje för lindriga tillstånd och tidiga insatser
- en baslinje med generella insatser som når alla.

SKL framhåller vidare vikten av att arbetet med barns och ungdomars psykiska hälsa omfattar

- ett brett hälsofrämjande arbete
- tidiga insatser för att möta psykisk ohälsa
- utredning, behandling, habilitering och rehabilitering för allt från lindrig ohälsa till allvarliga psykiska sjukdomar.

## Slutsatser

Socialstyrelsens granskning av 70 enheter och 483 patientjournaler visar en stor variation mellan verksamheterna och deras förutsättningar. Socialstyrelsen kan konstatera att vården bedrivs på mycket olika villkor på olika kliniker och i olika landsdelar. Några verksamheter bedriver en mycket god barn- och ungdomspsykiatri, och andra verksamheter har stora brister, med risker för patienternas säkerhet. Alla barn och ungdomar med psykisk ohälsa har därför inte samma möjlighet att få sina vårdbehov tillgodosedda. Därmed är den vård som kommer patienterna till del inte jämlik.

Socialstyrelsen konstaterar att ett förbättringsarbete på flera håll är nödvändigt för att uppnå en mer jämlik vård. BUP-verksamheterna råder dock inte själva över alla bristområden – läkarbristen är ett sådant exempel, liksom de ibland otydliga uppdragen från vårdgivarna.

- Vårdgivarna måste se över uppdragen till BUP så att de är tydliga, både beträffande vilka uppgifter som ska utföras av BUP och beträffande kvalitetsarbetet. Vårdgivarna måste ge direktiv om ledningssystem i enlighet med vad som anges i SOSFS 2005:12.

De områden som BUP-verksamheterna framför allt behöver se över och på sina håll genomföra förbättringar på, är följande.

- Arbetet med kvalitet och patientsäkerhet. De insatser som görs för patienten måste följas upp och utvärderas, både övergripande och i enskilda ärenden. Verksamhetscheferna måste se över skriftliga rutiner och följa upp att de efterlevs.
- Specialistläkare måste medverka i vården i större utsträckning än idag. Utan specialistläkarkompetens – i samverkan med övriga professionella kompetenser – blir det svårt att värdera patienternas hela behov och man riskerar att ge felaktiga eller bristfälliga insatser.
- Dokumentation måste förbättras. Det ska vara möjligt att följa hela vårdförloppet och information som är väsentlig för vården ska dokumenteras. Patientens diagnos ska framgå av dokumentationen. Uppföljning av att dokumentationen sker på rätt sätt måste ingå i verksamhetens övriga kvalitetsarbete.

- Arbetet med att förbättra barns och ungdomars tillgång till BUP:s insatser måste fortsätta. De verksamheter som fortfarande hade långa väntetider måste öka sina ansträngningar för att förbättra sin tillgänglighet.
- Verksamheterna måste fortsätta att utveckla samverkan med annan hälso- och sjukvård som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, samt med socialtjänsten.

I samband med tillsynsbesöken återfördes Socialstyrelsens bedömning av vilka områden respektive enhet behövde utveckla. Verksamheterna fick även skriftliga beslut efter besöken. Socialstyrelsen kommer att följa upp att förbättringarna har genomförts, vid de enheter som hade störst förbättringsbehov, senast under 2010.

Socialstyrelsen planerar vidare att fortlöpande följa upp vården vid BUP-verksamheterna, genom att varje regional tillsynsenhet inspekterar minst två kliniker per år under ett antal år framåt. Tillsynen ska inriktas på vårdgivarens uppdrag och verksamheternas kvalitetsarbete, tillgänglighet, dokumentation och läkarmedverkan i vården.

# Referenser

---

1. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Rapport.
2. Skrivelse om barns ställning inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Statens medicinsk-etiska råd; 2008. Skrivelse till Socialdepartementet, dnr 1/08.
3. Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell inventering i kommuner och landsting. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. Rapport.
4. Sveriges kommuner och landsting. Hämtad 2009-03-06 från <http://www.vantetider.se> .
5. Folkhälsa och sociala förhållanden – Lägesrapport 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. Rapport.
6. Positionspapper. Psykisk hälsa, barn och unga. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2009. Rapport.
7. Mellan två stolar. Om samverkan mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri. Verksamheternas behov av samverkan och hur de faktiskt gör. Stockholm: Socialstyrelsen och Länsstyrelserna; 2004. Tillsynsåterföring.
8. Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. Rapport.
9. Satsning på landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. Rapport.
10. Socialstyrelsen. Statistik i slutenvård. Hämtad 2009-02-06 från <http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistikdatabas/> .
11. BCFPI.inc. Brief Child and Family Phone Interview. Hämtad 2009-03-06 från <http://www.bcfpi.com>
12. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). 27 §.
13. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). 2 a §.
14. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. 7 §.
15. KPV-Centrum (Kvalitet i Psykisk Vård). Hämtad 2009-03-06 från <http://www.kpvcentrum.se/> .
16. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2008. Stockholm: Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting; 2009. Rapport.
17. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för patientsäkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården.
18. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.
19. Tvångsvården 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Rapport.
20. Unicef. FN:s konvention om barnets rättigheter. Hämtad 2009-03-05 från <http://www.unicef.se/barnkonventionen>

21. Patientdatalagen (2008:355). 3 kap. 6 §.
22. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2003:16) om anmälan om missförhållanden enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).
23. Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn. Lindesberg: Socialstyrelsen; 2007. Stöd för rättstillämpning och handläggning.
24. Socialdepartementet. Förstärkt vårdgaranti och stöd till förändringsarbete inom barn- och ungdomspsykiatri. Pressmeddelande. Hämtad 2009-03-09 från <http://www.sweden.gov.se/sb/d/7254/a/121283>
25. Rätt insatser i rätt tid för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2009.

# Bilagor

---

1. Journalgranskningsmall
2. Intervjuformulär
3. Bedömningsformulär
4. Besökta verksamheter



**3.4 Anledning till aktualisering (en eller flera):**

1.  beteendestörning i skola/ förskola
2.  relationsproblem/ beteendestörning i familjesit.
3.  problem med bristande omsorgsförmåga
4.  problem med om försenad utveckling
5.  problem av neuropsykiatrisk karaktär
6.  självska debeteende/ självmordsbenägenhet
7.  depressivitet / nedstämdhet
8.  annan psykisk sjukdom/störning
9.  missbruk hos barn/ungdom
10.  annat, ange vad: \_\_\_\_\_

**3.5 Önskad åtgärd:**

1.  utredning
2.  bedömning
3.  vård/ behandling
4.  annat,: \_\_\_\_\_
5.  framgår ej

**4. INITIAL ÅTGÄRD****4.1 Första åtgärd:**

1.  bedömningsamtal
2.  inläggning
3.  beh konf el likn
4.  annat, ange vad: \_\_\_\_\_

**4.2 Tid från aktualisering till första åtgärd:**

1.  ≤1 v
2.  ≤2v
3.  ≤1 mån
4.  ≤3 mån
5.  ≤6 mån
6.  ≤1 år
7.  ≥1 år

**4.3 Finns prioriteringsbedömning: 1.  ja**2.  nej**4.4. Om ja, finns det kö:**1.  ja2.  nej3.  framgår ej

## 5. BEHANDLING/ UTREDNING

### 5.1 Tid från första åtgärd till diskussion på behandlings-/teamkonferens eller liknande:

1.  ≤1 v    2.  ≤2v    3.  ≤1 mån    4.  ≤3 mån    5.  framgår ej  
6.  ej aktuellt

### 5.2 Tid från första åtgärd till erbjuden behandling/utredning:

(Ej bedömningssamtal! Obs. att tidpunkten kan inträffa före tidpunkten i 5.1)

1.  ≤1 v    2.  ≤2v    3.  ≤1 mån    4.  ≤3 mån    5.  ≤6 mån    6.  ≤1 år  
7.  >1 år    8.  behandling/utredning erbjöds inte

### 5.3 Multidisciplinär kontakt? Patientens behandlare är:

1.  kurator/socionom    2.  behandlingsass    3.  psykolog    4.  sjuksköterska  
5.  läkare    6.  andra, ange: \_\_\_\_\_

### 5.4 Första läkarkontakt efter hur lång tid:

(Vi avser med läkarkontakt att läkaren träffat patienten, ej t.ex. diskussion i team där läkare deltar)

1.  ≤1 dygn    2.  ≤1 v    3.  ≤2 v  
4.  ≤1 mån    5.  ≤3 mån    6.  ≤6 mån  
7.  ≤1 år    8.  >1 år    9.  ingen

### 5.5 Finns det namn på patientansvarig läkare: 1. ja    2. nej

## 6. BEDÖMNING/ FOKUSERING

### 6.1 Finns en strukturerad anamnes beskriven? 1. ja    2. nej    3. bristfällig

### 6.2 Väsentliga uppgifter som saknas/brister i journalen: (Väsentliga i det aktuella fallet)

6.2.a familjesituationens beskrivning

6.2.b tidigare beteendeprobl/utvecklingsavvikelser

6.2.c somatisk status

6.2.d resultat av tidigare utredningar/beh. försök

6.2.e uppgifter från barnhälsovård

6.2.f uppgifter från förskola/skola

6.2.g tidigare kontakt med socialtjänsten

6.2.h övrigt, ange: \_\_\_\_\_

6.3 Finns dokumentation från teamkonferens/ remisskonferens?

1.  ja    2.  nej    3.  bristfällig    4.  ej aktuellt

6.4 Finns en urskiljbar initial behandlings/utredningsplanering?

1.  ja    2.  nej    3.  bristfällig    4.  ej aktuellt

6.5 Finns en utvärdering/omprövning av den initiala planeringen?

1.  ja    2.  nej    3.  bristfällig    4.  ej aktuellt

6.6 Återfinns en urskiljbar planering någonstans under förloppet?

1.  ja    2.  nej    3.  bristfällig    4.  ej aktuellt

6.7 Finns en formaliserad dokumenterad vårdplan?

1.  ja    2.  nej    3.  bristfällig    4.  ej aktuellt

6.8 Finns en utvärdering av vårdplaneringen/vårdplanen?

1.  ja    2.  nej    3.  bristfällig    4.  planerad

5.  ej aktuellt

6.9 Kontakten fokuserar huvudsakligen på: (Välj ett alternativ)

1.  barn

2.  vårdnadshavare

3.  familj

4.  skola/förskola

5.  annan, ange: \_\_\_\_\_

## 7. DIAGNOSTIK/ UTREDNING

7.1 Finns ett differentialdiagnostiskt resonemang? 1.  ja    2.  nej

7.2 Finns åtgärder/utredning med anledning av diff diagnostiska överväganden?

1.  ja    2.  nej

7.3 Har externa remisser utfärdats (utöver lab)? 1.  ja    2.  nej

7.4 Finns en sammanvägning och värdering av ev utredning?

1.  ja 2.  nej

7.5 Finns en samlad diagnostisk bedömning? 1.  ja 2.  nej

7.6 Finns det diagnos angivet enligt ICD eller DSM: 1.  ja 2.  nej

7.7 Vilka tydliga brister finns det i utredning/ diagnostik:

1.  finns inga brister
2.  diff diagn resonemang saknas
3.  utredningsresultat redovisas inte
4.  ingen sammanvägning av utredningsresultat
5.  ingen beskrivning av underlaget för diagnosen
6.  initial övergripande diagnos (Z-diagnos) har inte omprövats eller kompletterats
7.  går inte att se bristerna p.g.a. bristfällig dokumentation
8.  diagnos saknas

## 8. EVENTUELL TVÅNGSVÅRD

8.1 Har tvångsvård förekommit? 1.  ja 2.  nej  
(om nej, gå till 9)

8.2 Finns motivering av tvångsvårdsbeslut? 1.  ja 2.  nej 3.  bristfällig

8.3 Finns dokumentation av beslut i s.k. beslutsjournal? 1.  ja 2.  nej 3.  bristfällig

8.4 Finns dokumentation av samråd med patient/anhöriga? 1.  ja 2.  nej 3.  bristfällig

8.5 Finns dokumenterad vårdplan (enl. 16 §)? 1.  ja 2.  nej 3.  bristfällig

8.6 Har tvångsåtgärder förekommit? 1.  ja 2.  nej

8.7 Har följande tvångsåtgärder förekommit (en eller flera) :

a.) tvångsmedicinering 1.  ja 2.  nej

b.) fastspänning 1.  ja 2.  nej

c.) avskiljning 1.  ja 2.  nej

d.) annat, vad: \_\_\_\_\_ 1.  ja 2.  nej

8.8 Har tvångsåtgärderna motiverats i journaltexten? 1.  ja 2.  nej 3.  bristfälligt

8.9 Har beslut om begränsning i anv. av elektroniska kommunikationsmedel förekommit?

1.  ja 2.  nej

8.10 Om begränsningsbeslut förekommit: Har detta rapporterats till Socialstyrelsen?

1.  ja 2.  nej 3.  framgår ej

## 9. YTTERLIGARE STÖD

9.1 Har behandlarna bedömt att det finns/funnits behov av stöd utöver BUP?

1.  ja 2.  nej 3.  framgår ej

9.2 Om stödbehov utöver BUP finns: har kontakt tagits med vårdgrannar?

1.  ja 2.  framgår ej

9.3 Vilka vårdgrannar har i så fall kontaktats (en eller flera):

1.  Socialtjänsten

2.  Vuxenpsykiatri

3.  Skolan

4.  Barnhabilitering

5.  Ungdomsmottagning

6.  Primärvård

7.  Annan, ange: \_\_\_\_\_

**10. ÅTERFÖRING**

**10.1 Har utredning/diagnostik/stödbehov återförts till förälder/barn?**

1.  ja      2.  uppgift saknas

**10.2 Har utredning/diagnostik/stödbehov återförts till ev. inremitterande enhet?**

1.  ja      2.  ej aktuellt      3.  uppgift saknas

**11. AVSLUTNING**

**11.1 Avslutad kontakt**

1.  ja      2.  nej

**11.2 Om avslutad, skedde avslutningen**

1.  planerat      2.  oplanerat

**12. HELHETSBEDÖMNING AV JOURNALEN**

**På en skala 1-5 hur bedömer du journalen:**

	Stämmer inte alls	Stämmer något	Stämmer ganska bra	Stämmer bra	Stämmer mycket bra
a. Den är välstrukturerad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. Finns tydliga sökord	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c. Den är överskådlig	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d. Den innehåller i huvudsak väsentlig information	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e. Den är ett användbart redskap	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f. Planering, utvärdering och uppföljning finns dokumenterat	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

(Svara på f. om det är relevant och om du bedömer att planering, utvärdering och uppföljning borde finnas. Om det inte fanns sådant behov, svara inte på frågan utan lämna rutorna tomma)

## INTERVJUFORMULÄR BUP RTVT 2008

### A. ENHET

A.1 Enhet, v-chefsområde: \_\_\_\_\_

A.2 SoS diariernr: 44-\_\_\_\_\_

A.3 Enhet 1.  Öppen vård 2.  Sluten vård

A.4 Landstingskod: \_\_\_\_\_

A.5 RT-enhet: 1.  RTG 2.  RTJ 3.  RTM 4.  RTS 5.  RTU 6.  RTÖ

### B. UPPDRAGET

B.1 Beskriv ert uppdrag?

---

---

---

---

---

B.2 Framgår det tydligt av ert uppdrag vad ni skall göra? 1  Ja 2  Nej

B.3 Framgår det tydligt av ert uppdrag vad ni inte skall göra? 1  Ja 2  Nej

B.4.a Utför ni det som ni har fått i uppdrag? 1  Ja 2  Nej 3  Delvis

B.4.b Om nej eller delvis, vad är hindret?

- 1  Kompetensbrist
- 2  Lokalerna är inte ändamålsenliga
- 3  Organisationen/ledningen
- 4  Ekonomin
- 5  Inte meningsfullt
- 6  Annat \_\_\_\_\_

**B.5.a Utför ni uppgifter som ligger utanför uppdraget?**

- 1  Ja                      2  Nej

**B.5.b. Om ja, vilka är dessa?**

- 1  Lättare psykiatriska problem  
 2  Ren socialproblematik  
 3  Begåvningsstest  
 4  Psykologiska tester  
 5  Vuxna patienter  
 6  Annat, vad \_\_\_\_\_

**B.5.c Om ja, ange det huvudsakliga skälet? (Välj ett alternativ)**

- 1  Ingen annan gör det  
 2  Oklart vem som skall göra det  
 3  Kompetens finns inom verksamheten  
 4  Anser själva att det borde ingå i uppdraget  
 5  Annat, vad \_\_\_\_\_

**C. PRIORITERING OCH TILLGÄNGLIGHET****C.1 Har verksamheten en prioriteringsordning av inkomna ärenden?**

- 1  Ja, skriftliga  
 2  Ja, muntliga  
 3  Oklart  
 4  Nej

**C.2 Är prioriteringsordningen känd och använd av verksamheten?** 1  Ja    2  Nej**C.3.a Har verksamheten väntetider till bedömningar?** 1  Ja    2  Nej**C.3.b Om ja, hur långa är väntetiderna för bedömning?**

- 1  < 1 mån 2  < 3 mån 3  < 6 mån 4  < 1 år 5  > 1 år

**C.4.a Har verksamheten väntetider till behandling?** 1  Ja    2  Nej**C.4.b Om ja, hur långa är väntetider för behandling?**

- 1  < 1 mån 2  < 3 mån 3  < 6 mån 4  < 1 år 5  > 1 år

**C.5.a Har verksamheten väntetider till neuropsykiatriska utredningar?**

1  Ja      2  Nej      3  Ej relevant

**C. 5.b Om ja, hur långa är väntetider till neuropsykiatriska utredningar?**

1  < 3 mån 2  < 6 mån 3  < 1 år 4  > 1 år 5  >2 år

**D. SLUTEN VÅRD**

**D.1 Hur många slutenvårdsplatser har verksamheten tillgång till inom BUP?**

\_\_\_\_\_ (ange antal)

**D.2 Täcker dessa verksamhetens behov?**

1  Ja      2  Nej

**D.3.a Kan ni använda slutenvårdsplatser i annan verksamhet?**

1  Ja      2  Nej

**D.3.b Om ja på D.3.a, hos vem?**

- 1  Annan BUP klinik
- 2  Vuxenpsykiatri
- 3  Privata vårdgivare
- 4  Annat, vad \_\_\_\_\_

**D.3.c Om ja på D.3.a, för vilka patientkategorier?**

- 1  Utagerande/våldsamma
- 2  Ätstörning
- 3  Missbruk
- 4  Suicidala/självskadebeteende
- 5  Tvångsvård
- 6  Annat, vad \_\_\_\_\_

**D.3.d Om ja på D.3.a, varför?**

- 1  Kompetensbrist
- 2  Platsbrist
- 3  Lokalens utformning är ett hinder på den egna mottagningen
- 4  Annat, vad \_\_\_\_\_

**E. PERSONALENS FORMELLA OCH REELLA KOMPETENS/KRITERIER FÖR VAL AV BEHANDLINGSKOMPETENS**

De yrkeskategorier som finns på enheten, i vilken omfattning finns de, i förhållande till enhetens behov?

	Finns i tillräcklig omfattning	Finns men i <u>för</u> liten omfattning	Behov finns, men <u>yrkeskategorin saknas</u>	<u>Extern kompetens</u> används för att täcka behov	Finns inte, <u>behov saknas</u>	Finns kompetens (Steg I eller högre)		
						<b>E.2</b> Familje- terapi	<b>E.3</b> Kognitiv terapi	<b>E.4</b> Psykody- namisk terapi
<b>E.1.</b>								
A. Barnpsykiater								
B. Annan läkare								
C. Sjuksköterska med vidareutbild. i psykiatri								
D. Sjuksköterska med vidareutbild i barn & ungdom								
E. Sjuksköterska								
F. Sjukgymnast								
G. Arbetsterapeut								
H. Socionom (kurator)								
I. Psykolog								
J. Behandlingsassistent								
K. Annan, vilken .....								

## F. FORMER FÖR DIAGNOS, VÅRD OCH BEHANDLING

### F.1 Varifrån kommer patienterna till er? (Markera de tre vanligast förekommande)

- A  Annan enhet inom BUP
- B  BVC
- C  Barnmottagning (barnmedicin etc)
- D  Barnklinik (slutenvård)
- E  Skolhälsovård
- F  Socialtjänst
- G  Söker tillsammans med föräldrar
- H  Söker själv
- I  Annat, ange vad: \_\_\_\_\_

### F.2 Vad avgör huvudsakligen val av behandlare? (Högst två "kryss")

- 1  Patientens angivna problem enligt aktualiseringsdokument?
- 2  Fynd vid bedömningsamtal?
- 3  Tillgång till behandlare?
- 4  Turordning (fördelning på behandlare)?
- 5  Annat, ange vad \_\_\_\_\_

### F.3 Har ni rutiner för handläggning när patient/närstående har annat modersmål än svenska?

- 1  Ja      2  Nej

### F.4 Vad förekommer hos er av följande hjälp för språklig förståelse i vård och behandling? (flera alternativ kan anges)

- 1  Språktolkning
- 2  Personal som talar andra språk än svenska
- 3  Närstående tolkar
- 4  Om döv patient -Teckentolkning
- 5  Om dövblind patient -Taktil tolkning
- 6.  Annat \_\_\_\_\_

**Läkarmedverkan**

**F.5.a Utser ni en PAL** (*patientansvarig läkare, 27 § HSL: Om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten skall för patienten utses en patientansvarig legitimerad läkare.*)

1  Ja                      2  Nej

**F.5.b Om nej, varför inte?**

- 1  Saknar rutin
- 2  Läkardist
- 3  Anser att det inte behövs PAL
- 4  Annat, vad \_\_\_\_\_

**F.6 Vilka patienter träffar alltid läkare?**

- 1  Neuropsykiatriska diagnoser
- 2  Andra barnpsykiatriska utredningar
- 3  Patienter med depression
- 4  Patienter med psykos
- 5  Suicidbedömningar
- 6  Patienter i läkemedelsbehandling
- 7  Annat \_\_\_\_\_

**F.7 Finns det patientgrupper som inte träffar läkare? Vilka?**

---

---

---

**F.8 Följer läkaren själv upp egna insatta åtgärder?** (personligen eller via annan behandlare)

1  Ja                      2  Nej

**F 9. Hur ser ni på kravet i hälso- och sjukvårdslagen om att ”varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd”?** (Vi menar medicinsk barnpsykiatrisk bedömning)

---

---

---

**Vårdprogram - strävan efter evidensbaserade metoder**

**F.10.a Använder ni vårdprogram?**

1  Ja    2  Nej

**F.10.b Om nej, varför inte? (Välj ett svar)**

- 1  Finns ingen rutin  
2  Finns inget bra vårdprogram  
3  Anser inte att det behövs  
4  Annat, vad \_\_\_\_\_

**F.11 Om ja, för vilka sjukdomar/ tillstånd använder ni vårdprogram? (flera kan anges) (Vi menar på den egna mottagningen/avdelningen)**

- |   |   |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Depressiva syndrom               | 2 <input type="checkbox"/> Bipolära syndrom                 |
| 3 <input type="checkbox"/> Ångestsyndrom                    | 4 <input type="checkbox"/> Ätstörningar                     |
| 5 <input type="checkbox"/> Missbrukssyndrom                 | 6 <input type="checkbox"/> Psykotiska syndrom               |
| 7 <input type="checkbox"/> ADHD                             | 8 <input type="checkbox"/> Autismspektrumsyndrom            |
| 9 <input type="checkbox"/> Suicidnära patienter             | 10 <input type="checkbox"/> Självskadebeteende              |
| 11 <input type="checkbox"/> Uppförandestörning/trotssyndrom | 12 <input type="checkbox"/> Andra tillstånd, vilka<br>_____ |

**F.12 Har ni någon systematisk uppföljning för att se om ni följer era vårdprogram/ riktlinjer för behandling?**

1  Ja    2  Nej

**Vårdplan/ Behandlingsplan**

**F.13.a Upprättar ni vård- eller behandlingsplaner?**

1  Ja    2  Nej    3  Ibland

**F.13.b Om ja eller ibland, vem ansvarar för att en vård- eller behandlingsplan upprättas och dokumenteras?**

1  Behandlaren    2  Annan, ange vem \_\_\_\_\_

**F.13.c Om ja eller ibland, i vilken form dokumenteras vård- eller behandlingsplanen? (Ange ett svar)**

- 1  I löpande journaltext  
2  På eget sökord i journal  
3  Som eget dokument utanför journalsystemet  
4  Annat, ange vad \_\_\_\_\_

**F.14 Vem ansvarar för uppföljning av vård- eller behandlingsplan? (Ange ett svar)**

- 1  Behandlare
- 2  Team
- 3  Annan, vem \_\_\_\_\_
- 4  Det görs inte

**F.15. Hur vet ni att patienten utifrån sina behov/symtom fått adekvat vård och behandling? (ange ett svar)**

- 1  Har rutin för strukturerad uppföljning
- 2  Har uppföljning genom subjektiv bedömning av behandlaren
- 3  Har uppföljning genom teamdiskussion
- 4  Har ingen uppföljning
- 5  Annat, \_\_\_\_\_

**Diagnos**

**F.16. a Använder ni diagnoser?**

1  Ja 2  Nej 3  Ibland

**F.16.b Om ja, vilka:**

1  ICD 2  DSM 3  Annat, vad \_\_\_\_\_

**F.16.c Om nej, varför inte?**

- 1  Saknar rutiner för diagnostisering
- 2  Policy att inte diagnostisera barn
- 3  Har inte personal med rätt kompetens att ställa diagnos
- 4  Annat, \_\_\_\_\_

**F.17.a Användes övergripande ospecificerade diagnoser? 1  Ja 2  Nej 3  Ibland**

**F.17.b Om ja, i vilka situationer? (diskutera gärna användningen av övergripande diagnoser, vi menar att en sådan kan användas inledningsvis men inte över längre tid, då måste diagnostiken bli mer specifik)**

- 1  Inledningen av behandlingskontakt
- 2  Bundet till behandlarens yrke
- 3  Speciella patientkategorier
- 4  Annat, ange vad \_\_\_\_\_

**F.18 Sätts diagnos i samverkan mellan olika yrkeskategorier?**

1  Ja      2  Nej      3  Ibland

**F.19.a Har någon (yrkeskategori eller behandlare) det övergripande ansvaret för diagnostisering?**

1  Ja      2  Nej

**F.19.b Om ja, ange vem eller vilken:** \_\_\_\_\_

**F.20 Använder ni strukturerade skattningar och tester i diagnostiken?**

1  Ja      2  Nej      3  Ibland

**F.21.a Har någon (yrkeskategori eller behandlare) ansvar för differentialdiagnostiska överväganden?**

1  Ja      2  Nej

**F.21.b Om ja, Ange vem eller vilken:**

1  Läkare

2  Huvudbehandlare

3  Annan, \_\_\_\_\_

**F.22 Hur säkerställs att ni uppmärksammar somatiska sjukdomar och somatiska problem?**

1  Patienten träffar alltid läkare

2  Rutin provtagning/ rutinundersökning

3  Diskuteras i teamet

4  Inhämtar info. från annan vårdinrättning

5  Anamnesupptagning

6  Annat \_\_\_\_\_

7  Görs inte/ säkerställs inte

**Vård- och behandlingsinnehåll**

**F.23.a Använder ni läkemedelsbehandling?**

- 1  Ja    2  Nej

**F.23.b Om ja, vilka patienter får läkemedelsbehandling?**

Patienter med:

- 1  ADHD eller andra neuropsykiatriska diagnoser  
2  Psykos  
3  Depression  
4  Ångest  
5  Tvång  
6  Annat \_\_\_\_\_

**F.23.c Om nej, varför inte?**

- 1  Saknar rutiner för medicinering  
2  Policy att inte medicinera barn  
3  Har inte personal med rätt kompetens att bedöma behov och/el. skriva ut medicin  
4  Har inte patientgrupper som behöver medicinering  
5  Annat, \_\_\_\_\_

**Avslutning på vård och behandling**

**F.24 Uppskatta i hur stor andel avslutas behandlingen på ett planerat sätt.** (Ange andel i procent)

Ca. i \_\_\_\_\_% av fallen avslutas behandlingen på ett planerat sätt

**Övergång till vuxenpsykiatri**

**F.25 Hur sker övergång från BUP till vuxenpsykiatri?** (flera kan anges)

- 1  Det finns gemensam verksamhet barn-vuxenpsykiatri (*tex mottagning för 16-24 år*)  
2  Det finns gemensamma rutiner för överlämnande  
3  BUP har egna rutiner för kontakt och överremittering  
4  Annat, ange vad.....  
5  Det saknas rutiner el dyl. för övergång till vuxenpsykiatri



**H.4 Har ni skriftliga rutiner avseende tvångsvård?**

1  Ja    2  Nej

**Frågor om innehåll i rutiner för rättssäkerhet - rättsenlig tillämpning av LPT/LRV:**

**H.5 Finns det rutin för upprättande av vårdplan?**

1  Ja    2  Nej

**H.6 Finns det rutin för att upprätta vårdplan i samråd med föräldrar/närstående?**

1  Ja    2  Nej

**H.7 Om ja enl. H.5 och/el. H.6, ingår det i rutinen att patienten skall få information om följande? (markera alla aktuella):**

- 1  Innebörden av att han eller hon tvångsvårdas
- 2  Hans/hennes rätt att överklaga (vårdbeslut och andra beslut)
- 3  Gräns för frigångsområde
- 4  Patientens rätt till stödperson

**H.8 Om ja enl. H.5 och/el. H.6, omfattar rutinen:**

- 1  Att förekommande tidsfrister bevakas och hålls
- 2  Vad som gäller för kroppsvisitering och yttlig kroppsbesiktning
- 3  Användning av tvångsåtgärder

**H.9 Vilka tvångsåtgärder förekommer? (flera kan anges)**

- 1  Fastspänning
- 2  Avskiljande
- 3  Tvångsmedicinering
- 4  Annat, vad \_\_\_\_\_

**H.10 Rapporterar ni dem till SoS enligt föreskriften SOSFS 2005:28?**

1  Ja    2  Nej

**I. DOKUMENTATION**

**I.1 Vilken nytta har ni av patientjournalen?**

- 1  Ingen nytta
- 2  Bra hjälp för behandlaren (med struktur, planering, "kom ihåg" osv)
- 3  Viktigt vid byte av behandlare
- 4  Behövs för kvalitetsarbetet
- 5  För kommunikation mellan behandlare
- 6  Annat, vad \_\_\_\_\_

**I.2 Hur följer man upp att dokumentationen förs på rätt sätt? (ange ett svar)**

- 1  Ingen uppföljning sker
- 2  Behandlaren följer upp själv
- 3  Verksamhetschefen eller annan person med särskilt ansvar följer upp
- 4  Ingår planerat i kvalitetsarbetet

Feed-back på vad vi har sett vid journalgranskningen.

Socialstyrelsens synpunkter utifrån granskningsformuläret – jämfört med eventuell skriftlig rutin för dokumentation (och intygsskrivning i aktuella fall)  
Socialstyrelsens syn på förbättringsområden beträffande dokumentationen

**J. RESULTATUPPFÖLJNING**

Ev någon feedback från granskningen av verksamhetsberättelsen

**J.1.a Deltar ni i några kvalitetsregister?**                      1  Ja                      2  Nej

**J.1.b Om ja, vilka?**

- 1  RIKSÄT
- 2  BUSA (Nationellt kvalitetsregister för BehandlingsUppföljning av Säkerställd ADHD)
- 3  PsykosR
- 4  BipolärR
- 5  Annat, \_\_\_\_\_

**J.2 Har någon ansvaret för att bevaka och införa nya vetenskapliga rön?**

1  Ja    2  Nej

## K. LEDNING OCH STYRNING

**Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården skall det finnas ett ledningssystem som säkerställer att det finns rutiner för nedan uppräknade områden. För vilka områden har ni skriftliga rutiner i verksamheten?**

**(Klargör att vårdgivaren har det övergripande ansvaret och ska ha gett direktiv, verksamhetschefens ansvar och hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar)**

<b>K.1</b> Patientklagomål/ Patientbemötande	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej
<b>K.2</b> Riskhantering	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej
<b>K.3</b> Diagnostik/ vård/ behandling	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej
<b>K.4</b> Kompetensförsörjning/ kompetensutveckling	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej
<b>K.5</b> Samverkan/samarbete	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej
<b>K.6</b> Avvikelsehantering	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej
<b>K.7</b> Tjänster/produkter och teknik	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej
<b>K.8</b> Remisshantering	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej
<b>K.9</b> Rutiner för spårbarhet	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej
<b>K.10</b> Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföljning	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej

## L SAMVERKAN/SAMARBETE

### L.1 Finns organiserad samverkan med externa vårdaktörer (inte i enskilda patientärenden, och vi menar på enhets- eller kliniknivå)

	Typ av organiserad samverkan		
	Övergripande möten	Ingen samverkan, behov finns	Ingen samverkan, behov saknas
a. BVC			
b. Skolhälsovård			
c. Barn o ungdoms Medicin			
d. Socialtjänst			
e. Barnhabilitering			
f. Primärvården			
g. Ungdomsmottagning			
h. MVC			
i. Vuxenpsykiatri			

### L.2 Upprättas gemensam vård- eller behandlingsplan tillsammans med vårdgrannar?

1  Ja, alltid      2  Ja, ibland      3  Nej, aldrig

### L.3 Finns skriftliga rutiner för hur sekretess hanteras med externa vårdaktörer?

1  Ja      2  Nej

### L.4 Finns skriftlig rutin för anmälan enligt 14 kap 1 §SoL, dvs barn som man misstänker far illa?

1  Ja      2  Nej

## Bedömningsformulär, som underlag för återföring till verksamhetschef och beslut

(Inom parentes efter varje punkt anges vilka frågor i intervjuformuläret punkten anknyter till. Kursiverade frågor utanför ”ribban”)

### B. Uppdraget

- |  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Det uppdrag som beskrivs stämmer överens med vårdgivarens uppdrag (B1 + B4) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| 2. Uppdraget från vårdgivaren är tydligt (B2 + B3)                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| 3. Arbetar i enlighet med uppdraget (B4)                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| 4. Utför uppgifter som ligger utanför uppdraget (B5)                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |

”Ribban” = Ja på frågorna 1 – 3

Områden där ”ribban” inte uppnåtts:

-----

-----

-----

Övriga förbättringsområden:

-----

-----

-----

### C. Prioritering och tillgänglighet - D. Sluten vård

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Prioriteringsordning finns (C1)                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| 2. Prioriteringsordning känd och använd (C2)                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| 3. Väntetid för bedömning < 3 månader (C3)                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| 4. Väntetid för behandling < 3 månader (C4)                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| 5. Väntetid för neuropsykiatrisk utredning < 6 månader (C5) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |

6. Slutenvårdsplatser totalt (egna och inköpta) täcker behovet (D2)

ja

nej

”Ribban” = Ja på frågorna 1 – 6

**Områden där ”ribban” inte uppnåtts:**

-----  
 -----  
 -----

**Övriga förbättringsområden:**

-----  
 -----  
 -----

**E. Personal**

1. Har tillgång till specialistläkare (E1A)

ja

nej

2. Har tillgång till vidareutbildade sjuksköterskor (E1C+D)

ja

nej

3. Har tillgång till psykologer (E1I)

ja

nej

4. Har tillgång till socionomer (E1H)

ja

nej

”Ribban” = Ja på frågorna 1 – 4

**Områden där ”ribban” inte uppnåtts:**

-----  
 -----  
 -----

**Övriga förbättringsområden:**

-----  
 -----  
 -----

**F. Diagnos, vård och behandling – G. Suicid – H. Tvångsvård**

1. PAL utses i enlighet med 27 § HSL (F5)

ja

nej

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 2. Plan för vård och behandling upprättas (F13)                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| 3. Differentialdiagnostisering görs på säkert sätt F21 + F22)       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| 4. Goda rutiner för övergång till vuxenpsykiatri (F25)              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| 5. Rutiner för suicidbedömning finns (G1)                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| 6. Rutiner för tvångsvård finns (H4)                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| 7. <i>Läkare medverkar alltid innan slutlig diagnos</i> (F18 + F19) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| 8. <i>Vårdprogram används</i> (F10)                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| 9. <i>Diagnos på alla patienter</i> (F16)                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |

”Ribban” = Ja på frågorna 1 – 6

**Områden där ”ribban” inte uppnåtts:**

-----

-----

-----

-----

-----

**Övriga förbättringsområden:**

-----

-----

-----

-----

-----

**I. Dokumentation**

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Journalgranskningen visat god eller godtagbar dokumentation (utifrån PJJ) (se egna anteckningar) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| 2. Har rutin för uppföljning av dokumentationen (v-chef eller i kvalitetsarbetet) (I2)              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |

”Ribban” = Ja på frågorna 1 – 2

**Områden där ”ribban” inte uppnåtts:**

**Övriga förbättringsområden:**

-----  
 -----  
 -----

-----  
 -----  
 -----

## J. Resultatuppföljning

**Ev. antecknas några förbättringsområden utifrån granskningen av verksamhetsberättelsen, avseende mål, uppföljning och egenkontroll**

1. Har egenkontroll av att vårdprogram/riktlinjer för behandling följs (F12)  ja  nej  
 2. Deltar i kvalitetsregister (J1)  ja  nej

”Ribban” = Ja på fråga 1

**Områden där ”ribban” inte uppnåtts:**

-----  
 -----  
 -----

**Övriga förbättringsområden:**

-----  
 -----  
 -----

## K. Ledning och styrning

1. Har skriftliga rutiner för samtliga områden enligt 2005:12 4 kap (K1 – K7)  ja  nej  
 2. Har skriftliga rutiner för egenkontroll enligt 2005:12 5 kap (K10)  ja  nej  
 3. Har skriftliga rutiner för remisshantering (K8)  ja  nej

”Ribban” = Ja på frågorna 1 – 3

**Områden där ”ribban” inte uppnåtts:**

-----  
-----  
-----

**Övriga förbättringsområden:**

-----  
-----  
-----

**L. Samverkan och samarbete – Anmälningssplikten enligt SoL**

1. Samverkan med vårdgrannar sker i god eller godtagbar utsträckning (L1)
2. Rutin finns för anmälan enligt 14 kap 1 § SoL (L4)

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |

”Ribban” = Ja på fråga 1 – 2

**Områden där ”ribban” inte uppnåtts:**

-----  
-----  
-----

**Övriga förbättringsområden:**

-----  
-----  
-----

## Besökta verksamheter

### Regionala tillsynsenheten i Umeå besökte:

Öppenvårdsmottagning BUP Gällivare  
Öppenvårdsmottagning BUP Kalix  
Öppenvårdsmottagning BUP Luleå-Boden  
Öppenvårdsmottagning BUP Piteå  
Slutenvårdsavdelning BUP Sunderby sjukhus  
Öppenvårdsmottagning BUP Örnsköldsvik  
Öppenvårdsmottagning BUP Östersund  
Öppenvårdsmottagning BUP Sundsvall  
Öppenvårdsmottagning BUP Kramfors  
Öppenvårdsmottagning BUP Sollefteå  
Slutenvårdsavdelning BUP Umeå

### Regionala tillsynsenheten i Örebro besökte:

Slutenvårdsavdelning BUP Uppsala  
Öppenvårdsmottagning Borlänge, BUP Dalarna  
Slutenvårdsavdelning Falun, BUP Dalarna  
Öppenvårdsmottagning BUP Gävle  
Slutenvårdsavdelning BUP Gävle  
Öppenvårdsmottagning BUP Eskilstuna  
Öppenvårdsmottagning Västerås BUP Västmanland  
Öppenvårdsmottagning Sala BUP Västmanland  
Öppenvårdsmottagning BUP Nyköping  
Öppenvårdsmottagning Karlstad BUP Värmland  
Öppenvårdsmottagning Karlskoga BUP Örebro

### Regionala tillsynsenheten i Göteborg besökte:

Öppenvårdsmottagning Kungsbacka BUP Halland  
Öppenvårdsmottagning Varberg BUP Halland  
Öppenvårdsmottagning Mölndal BUP Södra Bohuslän  
Öppenvårdsmottagning Gamlegården BUP Göteborg  
Slutenvårdsavdelning BUP Göteborg  
Akut- och utredningsavdelning, BUP Göteborg  
Öppenvårdsmottagning Stenungsund BUP Kungälv  
Öppenvårdsmottagning Mariestad BUP Skaraborgs sjukhus  
Öppenvårdsmottagning Falköping BUP Skaraborgs sjukhus  
Öppenvårdsmottagning Trollhättan NU-sjukvården  
Öppenvårdsmottagning Skene Södra Älvsborgs sjukhus  
Akutvårdsavdelning BUP Borås

### Regionala tillsynsenheten i Stockholm besökte:

Öppenvårdsmottagning Brommaplan BUP Stockholm  
Öppenvårdsmottagning Täby BUP Stockholm  
Öppenvårdsmottagning Kungsholmen BUP Stockholm  
Öppenvårdsmottagning Södertälje BUP Stockholm  
Öppenvårdsmottagning Danderyd BUP Stockholm  
Öppenvårdsmottagning Handen BUP Stockholm  
Öppenvårdsmottagning Ektorp BUP Stockholm

Slutenvårdsavdelning BUP Stockholm  
Öppenvårdsmottagning Kista enskild regi  
Öppenvårdsmottagning Ericastiftelsen enskild regi  
Öppenvårdsmottagning BUP Norrtälje  
Öppenvårdsmottagning Visby BUP Gotland

**Regionala tillsynsenheten i Jönköping besökte:**

Öppenvårdsmottagning Mjölby enskild regi  
Öppenvårdsmottagning Motala enskild regi  
Öppenvårdsmottagning BUP Linköping  
Öppenvårdsmottagning BUP Norrköping  
Öppenvårdsmottagning BUP Nässjö  
Öppenvårdsmottagning BUP Kalmar  
Öppenvårdsmottagning Värnamo BUP Kalmar  
Öppenvårdsmottagning Västervik BUP Kalmar  
Öppenvårdsmottagning Vimmerby BUP Kalmar  
Öppenvårdsmottagning Nybro BUP Kalmar  
Slutenvårdsavdelning BUP Kalmar  
Slutenvårdsavdelning BUP Jönköping

**Regionala tillsynsenheten i Malmö besökte:**

Öppenvårdsmottagning Ystad, BUP Ystad-Österlen  
Öppenvårdsmottagning Kristianstad, BUP Hässleholm-Kristianstad  
Öppenvårdsmottagning Team Öster, BUP Malmö  
Öppenvårdsmottagning BUP Helsingborg  
Öppenvårdsmottagning Fenix, enskild regi Ängelholm  
Öppenvårdsmottagning BUP Trelleborg  
Öppenvårdsmottagning Landskrona, BUP Lund  
Akutvårdsavdelning BUP Lund  
Öppenvårdsmottagning BUP Växjö  
Öppenvårdsmottagning BUP Karlshamn  
Öppenvårdsmottagning BUP Karlskrona  
Slutenvårdsavdelning BUP Karlskrona