

Förstudie av barn- och ungdomsmedicinska mottagningar

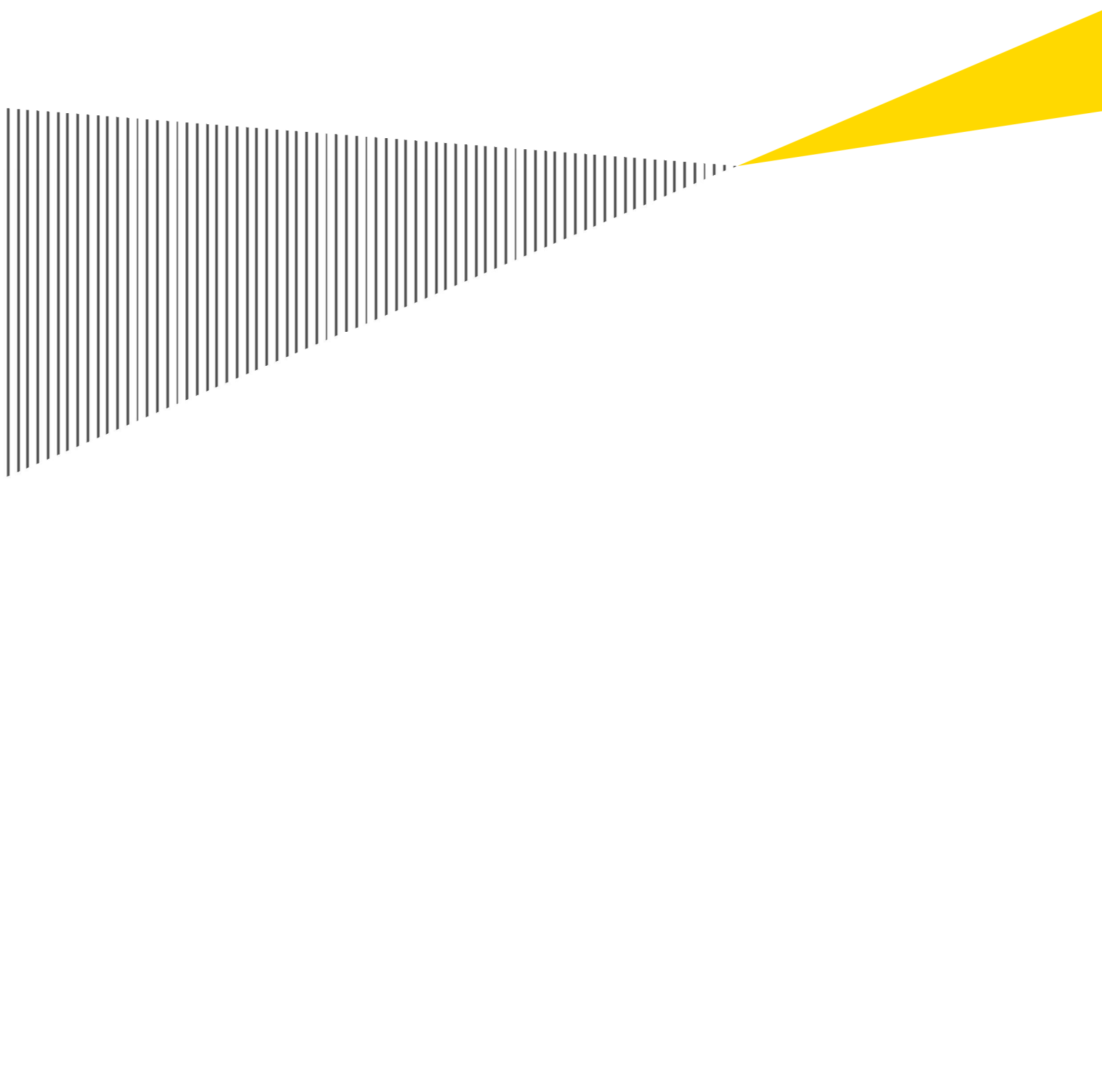
Dnr Rev 27-2013

Genomförd av: Ernst & Young

Behandlad av Revisorskollegiet den 11 september 2013

Västra Götalandsregionen

Förstudie av barn- och ungdomsmedicinska
mottagningar



Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	2
1.1. Bakgrund.....	3
1.2. Syfte och revisionsfrågor	3
1.3. Avgränsning	3
1.4. Ansvariga nämnder	3
1.5. Revisionskriterier.....	4
1.6. Metod	4
1.7. Disposition och förkortningar	4
2. Regionens ambitioner och definition av barn- och ungdomsmedicin.....	5
2.1. Regional medicinsk riktlinje/vårdsnivå	5
2.2. Vårdöverenskommelser.....	6
3. Produktion i de fem sjukvårdsområdena.....	9
4. Skillnader och likheter mellan och inom Göteborg/södra Bohuslän och Skas.....	13
4.1. Gränssnittet gentemot BUP och vårdcentraler.....	14
4.2. Ekonomi	15
5. Bedömningar och slutsatser	16
5.1. Slutsats	17
Bilaga 1. Dokumentation och intervjuade funktioner.....	19
Bilaga 2 Revisionskriterier.....	20

Sammanfattning

EY har på uppdrag av revisorerna i Västra Götalandsregionen genomfört en förstudie av den barn- och ungdomsmedicinska vården. Syftet är att bedöma om vården bedrivs på ett likvärdigt sätt i regionen. Nedan beskrivs svaret på respektive revisionsfråga i komprimerad form.

Revisionsfråga	Bedömning
Är uppdragen för barn- och ungdomsmedicin inom regionen enhetligt formulerade av hälso- och sjukvårdsnämnderna?	Nej. VÖK:arna skiljer sig i detaljeringsgrad och fokus både verksamhetsmässigt och i ekonomiska preciseringar. Dessutom är ersättningsmodellerna olika utformade. Explicit eller implicit hänvisas till riktlinjerna för BUM:s ansvar visavi vårdcentralerna.
Är de ekonomiska resurserna som står verksamheterna till förfogande likvärdiga i de olika sjukvårdsområdena?	Ja. Vid en jämförelse mellan Göteborg/södra Bohuslän och Skås framkommer ingen betydande skillnad i kostnad per barn.
Beror eventuella skillnader i uppdragen på olikheter i organiseringen av de olika vårdaktörerna (BUP, socialtjänst, skolor, hälsocentraler m.m.) på så sätt att det sammantagna utbudet av vård till barn- och ungdomar är enhetligt inom regionen?	Nej. Inget har framkommit som tyder på att det finns väsentliga skillnader i det omgivande systemets organisering av vårdresurser. Lokala skillnader finns dock. Ett undantag är Angereds närsjukhus där tanken är att det ska finnas en tät samverkan mellan olika vårdaktörer.
Finns det skillnader i mottagningarnas faktiska vårdutbud och vad förklarar dessa skillnader?	Delvis. Det finns skillnader när det gäller vilka yrkesgrupper som genomför besöken samt fördelning mellan planerade och oplanerade besök. Tillgängligheten överlag uppfyller regionens mål i meningen andel nybesök och behandlingar inom 60 dagar.

Slutsatsen utifrån ställda revisionsfrågor och grunderna för ansvarsprövning är att om revisorerna beslutar om en fortsatt fördjupad granskning bör den inriktas dels mot den politiska styrningen och uppföljningen från beställare och utförare dels mot vilka konkreta utbudsmässiga effekter de olika strategierna inom sjukvårdsområdena får till följd.

Hur barn- och ungdomsmedicin utvecklas styrs i huvudsak av verksamheten och via överenskommelser i sektorsråden. Den politiska styrningen framstår som diffus med några mindre undantag. Strategierna är olika i olika sjukvårdsområden men förstudien ger inga tydliga indikationer på att det faktiska vårdutbudet skiljer sig väsentligen åt mellan områdena. De skillnader som finns beror på anpassningar till de lokala förutsättningarna men utifrån vad som framkommit i denna förstudie bedöms vården i regionen svara upp emot kravet på vård på lika villkor.

De ekonomiska resurserna som står till BUM:s förfogande visar sig vara lika i Göteborg/Södra Bohuslän och Skås men vi kan i förstudien inte klargöra varför. Hur för-

delningen av resurser till BUM sker är otydligt och det sker inte samordnat mellan nämnderna.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Barn- och ungdomsmedicin (BUM) är en specialistmottagning för barn och unga. Mottagningen tar emot patienter med olika kroniska sjukdomar såsom astma, allergiska sjukdomar, tarm- och magsjukdomar, urinvägsinfektioner och tillväxtproblematik med mera.

I regionen har man valt olika sätt att organisera BUM, enligt uppgift av historiska och ekonomiska skäl. I södra Bohuslän och Göteborgsområdet ligger mottagningarna förvaltningsorganisatoriskt under primärvården. Övriga BUM-mottagningar är organiserade under respektive sjukhusorganisation.

Revisionsenheten kan konstatera att man inom regionen har valt olika sätt att organisera BUM och det finns även indikationer på att uppdragen för mottagningarna skiljer sig åt.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet är att granska om regionen erbjuder likvärdig medicinsk vård för barn- och ungdomar inom hela regionen. Granskningen ska belysa områden som inriktning, omfattning och finansiering. Föreliggande rapport är en kartläggande förstudie.

Följande delfrågor har besvarats för att uppnå syftet:

1. Är uppdragen för barn- och ungdomsmedicin inom regionen enhetligt formulerade av hälso- och sjukvårdsnämnderna?
2. Är de ekonomiska resurserna som står verksamheterna till förfogande likvärdiga i de olika sjukvårdsområdena?
3. Beror eventuella skillnader i uppdragen på olikheter i organiseringen av de olika vårdaktörerna (BUP, socialtjänst, skolor, hälsocentraler m.m.) på så sätt att det sammantagna utbudet av vård till barn- och ungdomar är enhetligt inom regionen? Utbudet till befolkningen kan vara detsamma i ett område där BUM:s uppdrag är smalt i förhållande till en annan BUM-mottagning på grund av att annan aktör kompletterar med vissa vårdinslag.
4. Finns det skillnader i mottagningarnas faktiska vårdutbud och vad förklarar dessa skillnader?

1.3. Avgränsning

Granskningen avgränsas till den barn- och ungdomsmedicinska öppenvården.

1.4. Ansvariga nämnder

Styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Skaraborgs sjukhus, styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus, styrelsen för Angereds Närsjukhus och styrelsen för beställd primärvård är ansvarig för den verksamhet som granskas.

1.5. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, bedömningar och slutsatser. Revisionskriterier kan hämtas ifrån lagar och förarbeten eller interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning. Revisionskriterierna i denna granskning utgörs av:

- Kommunallagen 6 kap. 7 §
- Hälso- och sjukvårdslagen
- Västra Götalandsregionens budget

Kriterierna beskrivs närmare i bilaga 2.

1.6. Metod

Granskningen har genomförts som intervju- och dokumentstudie. Intervjuade funktioner framgår av bilaga 1.

1.7. Disposition och förkortningar

Rapporten beskriver först regionens ambitionsförklaringar när det gäller barn- och ungdomsmedicin främst i form av vårdöverenskommelser mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna. Därefter beskrivs produktions- och konsumtionsstatistik för fyra sjukvårdsområden följt av en närmare analys av två sjukvårdsområden. I det sista avsnittet (5) redogörs för de slutsatser och bedömningar.

Revisionsfråga 1 besvaras i avsnitt 2

Revisionsfråga 2-4 besvaras i avsnitt 3 och 4

BUM	Barn- och ungdomsmedicin
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
HSN	Hälso- och sjukvårdsnämnd
Skas	Skaraborgs sjukhus
NU	Norra Älvsborgs sjukhus, Uddevalla sjukhus, lokalsjukhusen i Strömstad, Bäckefors och Lysekil
SÄS	Södra Älvsborgs sjukhus
Gbg/SB	Göteborg och Södra Bohuslän
VÖK	Vårdöverenskommelse mellan beställare och utförare
PV	Primärvården

2. Regionens ambitioner och definition av barn- och ungdomsmedicin

Barn- och ungdomsmedicin är ett av de av Socialstyrelsen definierade specialistområdena inom vilka läkare kan specialistutbilda sig. Det finns sex subspecialiteter¹ och en subspecialisering förutsätter en specialistkompetens i moderdisciplinen barn- och ungdomsmedicin. Västra Götalandsregionen (VGR) utgår från denna specialistdefinition, exempelvis i vårdöverenskommelser och i de medicinska sektorsråden.

VGR har valt olika sätt att organisera de barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna. I området Gbg/SB ligger mottagningarna förvaltningsorganisatoriskt under primärvården, under styrelsen för beställd primärvård. Övriga BUM-mottagningar är organiserade under respektive sjukhusorganisation. I de fall där mottagningarna är organiserade inom sjukhusorganisationerna skiljer det sig också åt mellan sjukvårdsområdena var mottagningarna är placerade. Flera av de intervjuade framhåller att det främst är historiska skäl och traditioner som förklarar varför BUM organiseras olika inom VGR.

I ett vårdflödesperspektiv utgör regionens vårdcentraler första linjens sjukvård dit patienter i första hand kan vända sig för undersökning och enklare åkommor. BUM avses utgöra specialistvård. Rekommendationen är att patienter vänder sig till vårdcentralerna i första läget. Det finns inget remisstvång men de flesta patienter kommer till BUM efter remiss från vårdcentraler eller andra vårdaktörer.

2.1. Regional medicinsk riktlinje/vårdsnivå

I VGR finns regionala medicinska riktlinjer för barn och ungdomar, utarbetade av VGR:s båda sektorsråd för allmänmedicin och barnsjukvård samt godkända av hälso- och sjukvårdsdirektören. Av riktlinjerna framgår vilken vårdnivå som ska ta hand om barnet/ungdomen. En av riktlinjerna avser icke akuta sjukdomstillstånd och en annan avser akuta sjukdomstillstånd hos barn och ungdomar. Därtill finns också en riktlinje om ADHD för barn och ungdomar.

Av riktlinjerna för *icke akuta sjukdomstillstånd* framgår vilka tillstånd som i normalfallet ska handläggas av vårdcentral och vilka som i normalfallet ska handläggas hos barn- och ungdomsmottagning (BUM). Generellt beskrivet ska enklare sjukdomstillstånd handläggas på vårdcentral och mer komplicerade hos BUM. Enligt riktlinjerna behöver barn under ett år inte remiss till BUM men i normalfallet vänder man sig till sin BVC/vårdcentral. För barn över ett års ålder och ungdomar ska bedömning och basal utredning ske på vårdcentral.

Av riktlinjerna för *akuta sjukdomstillstånd* framgår vart barnet ska hänvisas (när en förälder t.ex. tar kontakt med sjukvårdsupplysningen och en bedömning görs att läkarbedömning behövs):

- Barn upp till 6 månader kan generöst hänvisas direkt till enhet med barnmedicinsk kompetens.
- Barn mellan 6 månader till 1 år kan hänvisas antingen till enhet med barnmedicinsk kompetens eller till enhet med allmänmedicinsk kompetens, beroende på symptom mm.

¹ Subspecialiteterna definieras av Socialstyrelsen. Därutöver kan läkare, oavsett om de arbetar inom öppenvården eller heldygnsvården, ha olika profilområden.

- Barn över 1 år ska i första hand hänvisas till enhet med allmänmedicinsk kompetens.

Barn med tillstånd som kräver ambulanstransport och de som remitteras från primärvården ska alltid gå till enhet med barnmedicinsk kompetens eller enligt lokal överenskommelse kring ambulanstransport. Barn med kroniska sjukdomar som sköts av BUM och blir akut sjuka eller försämras hänvisas till BUM/motsvarande. På jourtid hänvisas de till barnklinik/motsvarande under vissa förutsättningar.

Av riklinjen om *ADHD för barn och ungdomar* hänvisas bland annat till riktlinjer för ansvarsfördelningen mellan BUM och barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

Samtliga intervjuer pekar på att dessa riktlinjer ligger till grund för styrningen av vårdutbudet i alla fem områden men med vissa variationer. I praktiken skiljer det sig där emot vad respektive vårdaktör utför beroende på ett antal lokala förhållanden vilket beskrivs vidare i avsnitt 4.

2.2. Vårdöverenskommelser

HSN har som beställare i uppdrag att vara befolkningsföreträdare. Beställarna tecknar vårdöverenskommelser med utförarna. Inom ramen för granskningen är följande beställare och utförare aktuella:

Beställare: Hälso- och sjukvårdsnämnd	Utförare
HSN Tjörn, Öckerö, Kungälv, Stenungsund, Ale (4), Göteborg centrum och väster (5), Partille, Härryda, Mölndal (7), Göteborg, Hisingen (11) och Nord-Östra Göteborg (12)	Styrelsen för beställd primärvård
Sjuhärad (8) och i Mittenälvborg (6)	Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS)
HSN Västra Skaraborg (9) och HSN Östra Skaraborg (10)	Skaraborgs sjukhus (Skas)
HSN Norra Bohuslän (1), HSN Dalsland (2) och HSN Trestad (3)	NU-sjukvården
HSN Nord-Östra Göteborg (12)	Angereds närsjukhus

Uppdragen till utförarna avseende barn- och ungdomsmedicin skiljer sig åt mellan de olika hälso- och sjukvårdsnämnderna. I vissa fall uttrycks uppdrag specifikt till BUM-mottagningarna medan det i andra fall inte ges specifika uppdrag. I de fall ett specifikt uppdrag ges till BUM skiljer det sig också åt i vilken detaljeringsgrad detta ges. Nedan framgår en sammanfattande beskrivning av VÖK:arna hos de utförare som ingår i granskningen.

Utförare	Åtagande	Övrigt
Styrelsen för beställd primärvård	Det framgår att utföraren ska bedriva specialiserad hälso- och sjukvård, innefattande prevention, utredning, behandling och kontroll av sjukdom inom specialiteten barn- och ungdomsmedicin. VÖK:en hänvisar inte till de regionala medicinska riktlinjerna. Däremot görs hänvisning till riktlinjer för "utvecklat samarbete för verksamheter som möter barn med psykisk ohälsa" (2009).	Uppdrag ges till BUM-mottagningar om vilka tjänster som ska tillhandahållas. Vissa definierade grupper är högprioriterade enligt överenskommelsen. I överenskommelsen framgår också krav på tillgänglighet, samverkan och utbildningsplatser. I VÖK:en ges nämndsspecifika uppdrag, från en eller flera nämnder. Exempelvis finns uppdrag om särskild samverkan, förstärkning av vissa kompetenser och metodutveckling.
SÄS	Det framgår att framgår att SÄS ska tillhandahålla specialiserad barn- och ungdomsmedicin inom vissa grenspecialiteter t.ex. neonatologi, barnkardiologi, njursjukdomar och allmänpediatrik. Hänvisning finns till de regionala medicinska riktlinjerna.	Uppdrag ges till samtliga BUM-mottagningar vid SÄS, t.ex. kring ansvarsområde, tjänster och tillgänglighet. Därtill har BUM-mottagningarna utanför sjukhuset vissa specificerade uppgifter, bl.a. avseende tillgänglighet, läkarkompetens, sjuksköterskeledda mottagningar, samverkan mm. SÄS Borås har också vissa specifika uppdrag kring att tillhandahålla vissa mottagningar och samverkan.
Skas	VÖK:en beskriver ett generellt uppdrag till alla verksamheter, inte specifikt uppdraget för BUM. Hänvisning finns till BUM:s hemsida där utbudspunkterna beskrivs. Skälet uppges vara att informationen därmed alltid ska vara aktuell. Det finns ingen uttrycklig hänvisning till de regionala medicinska riktlinjerna, men vårdgivaren ska följa de av regionen framtagna policydokument och riktlinjer.	Ej särskilt beskrivet för BUM-mottagningarna.

NU-sjukvården	VÖK:en beskriver inte särskilt uppdraget för BUM-mottagningar, utöver att barnmedicinsk mottagningsverksamhet ska bedrivas. Enligt VÖK:en finns som stöd för evidensbaserad vård, bl.a. nationella och regionala medicinska riktlinjer.	Ej särskilt beskrivet för BUM-mottagningarna.
Angereds närsjukhus	Det framgår att öppen specialiserad vård på länssjukhusnivå ska erbjudas inom disciplinen barn och ungdomsverksamhet (BUSC och BUV). Det finns ingen hänvisning till de regionala medicinska riktlinjerna <i>Förklaring: BUSC; Barn- och ungdomsspecialistcentrum..</i>	Framgår att BUM Gamle-staden/BUSC är specialistmottagning och övergripande vilket åtagande denna mottagning har (t.ex. att mottagningen har patientansvar för barn med komplexa sjukdomsbilder). Därtill beskrivs vissa särskilda åtaganden, t.ex. att BUM tillsammans med BUP ska bedriva Flyktingbarnteamet (medicinskt och psykosocialt konsultteam). Särskilda medel ges för randning av läkare.

Överenskommelsen med SÄS är utformad som en tilläggsöverenskommelse till vårdöverenskommelsen. BUM var fram till 2013 var en del av Närhälsan i detta område. Därför är denna VÖK mer detaljerad än de övriga. Vid förändring överfördes ca 45 mnkr från Primärvården till SÄS.

Det skiljer sig åt i vårdöverenskommelserna hur detaljerat det är beskrivet var BUM-mottagningarna ska förläggas. I överenskommelserna med SÄS, NU-sjukvården och Skas framgår vid vilka så kallade utbudspunkter BUM-mottagningarna ska bedrivas. Enligt överenskommelsen med SÄS ska specialiserad somatisk barn- och ungdomssjukvård bedrivas vid SÄS Borås, BUM Skene, BUM Ulricehamn, BUM Viskan (centrala Borås), BUM Alingsås och BUM Lerum.

VÖK:arna inom Skas och NU-sjukvården beskriver var utbudspunkterna ska vara men inte specifikt för BUM utan på en generell nivå. Intervjupersonerna beskriver dock att det är tydligt uttalat inom alla områden att utföraren inte får göra någon förändring av utbudspunkterna utan medgivande från HSN.

Bortsett från SÄS är vårdöverenskommelsen för ANS är tillsammans med Gbg/SB de mest detaljerade uppdragsformuleringarna avseende BUM:s uppdrag.

Utformningen av ersättningen till BUM skiljer sig också åt mellan vårdöverenskommelserna. I vissa fall finns ett fast anslag specifikt till BUM-mottagningarnas verksamhet. I vissa andra fall framgår vilken ersättningsmodell som används till utföraren som helhet, till exempel en kombination mellan fast anslag och prestationsersättning. Till styrelsen för beställd primärvård är ersättning till BUM-mottagningarna specificerad

utefter vilka särskilda uppdrag som en eller flera nämnder gett, till exempel har HSN 4, 5, 7 och 11 gett särskilda medel för barn- och ungdomspsykologer.

I denna förstudie har presidierna i respektive utförarstyrelse intervjuats. Det sammanlagda intrycket från intervjuerna är att styrelserna, på grund av sitt breda uppdrag, inte har någon djupare specifik kunskap om just barn- och ungdomsmedicin. Speciellt tydligt är det inom NU-sjukvården och Skas där BUM är utgör en del av ett verksamhetsområde inom sjukhusets organisation. VÖK:arnas utformning bidrar inte heller till att något specifikt berörs för BUM:s vidkommande. Vid SÄS är det samma organisatoriska förhållande men det faktum att fem mottagningar flyttats till SÄS har inneburit ett tilläggsavtal vilket i sin tur gjort att frågan belysts extra inför 2013. Detalj kunskapen bedöms vara något större vid styrelsen för beställd primärvård samt för Angereds närsjukhus. I det senare fallet kan verksamhetens mindre omfattning vara en förklaring till det.

3. Produktion i de fem sjukvårdsområdena

Öppenvården inom den barn- och ungdomsmedicinska vården sker vid separata och lokalt belägna mottagningar samt vid mottagningar placerade på sjukhus. Villkoren och organiseringen av mottagningsverksamheten skiljer sig åt mellan de olika sjukvårdsområdena. Personalens organisering skiljer sig också åt. I vissa fall tjänstgör personalen enbart vid öppenvårdsmottagningarna, i andra fall arbetar sjukvårdspersonalen både inom öppenvården och inom heldygnsvården. Organisering av personalen beskrivs närmare för två områden i avsnitt fyra.

Nedan följer en kortare sammanställning av resurser, produktion och konsumtion inom de olika sjukvårdsområdena. Tolkningar och bedömningar av statistiken är gjorda av oss granskare. Statistiken har tillhandahållits av HSN:s kansli.

Tabell/diagram 1: Antal öppenvårdsmottagningar (utbudspunkter) inom respektive sjukvårdsområde (2013)

Sjukvårdsområde	Antal mottagningar 2013	Befolkningsunderlag (barn 0 – 18 år)
Gbg/SB (inom PV)	11 (2012 var det 15)	135 000
NU	3	40 000
Skas	4	50 000
SÄS	6 (2012 var det 1)	61 000
ANS	2	26 000

Kommentar: Antalet barn tillhörande HSN 12 som ANS har ansvar för är uppskattat ungefärligt. Totalt har HSN 12 ca 32 000 barn inom upptagningsområdet men beställd primärvård har uppdraget för ca 8000.

Gbg/SB har allra flest utbudspunkter vilket förklaras dels av det större befolkningsunderlaget, den relativt täta befolkningsstrukturen dels av den tradition och den allmänpediatriska filosofi som beskrivs närmare i avsnitt fyra.

Tabell/diagram 2: Tillgänglighet²

Sjukvårdsområde	Andel patienter som får ett första besök inom 60 dagar (nov 2012)
Gbg/SB (inom PV)	90 %
NU	91 %
Skas	83 %
SÄS	96 %
ANS	97 %

Tillgänglighet definieras av samtliga sjukvårdsområden enbart som den andel av patienterna som får sitt första besök inom 60 dagar³. Det framgår ingenstans varför tillgänglighet definieras endast på detta sätt. Vilken den egentliga väntetiden är eller vad som gäller för återbesök rapporteras inte i delårsrapporter m.m. I granskningen framkommer exempelvis att vissa återbesök inom Skas har långa väntetider och väntetidsstatistiken visar att det är nästan hälften av patienterna som väntat mellan 31 och 60 dagar på nybesök. Förhållandet är ungefär detsamma för alla sjukvårdsområden. Regionen har som mål att verksamheterna ska nå upp till att 80 % av patienterna ska klara gränsen om 60 dagar för första besök.

Bortsett från ovan beskrivna begränsningar visar statistiken att det inte i något område finns några uppenbara tillgänglighetsproblem som indikerar att vården som ges är olika mellan sjukvårdsområdena. Vissa specifika problem med tillgänglighet finns på flera ställen, exempelvis när det gäller ADHD-patienter, men i ett övergripande perspektiv är tillgängligheten i nivå med regionens målsättning avseende följsamheten till vårdgarantin. Skas ligger på en lägre andel än övriga men skillnaden är inte så stor att den kan tolkas som ett tecken på att olikhet i vårdutbudet råder.

Tillgängligheten kan bero på flera olika faktorer så som resurser, vårdlogistik och efterfrågan på vård. När det gäller personalstyrkan som finns till förfogande för det aktuella befolkningsunderlaget är det inom ramen för denna granskning alltför komplicerat att göra sådana jämförelser. Det som kan konstateras är att olika sjukvårdsområden har olika svårt att rekrytera personal. Enligt intervjuerna har NU-sjukvården och Gbg/SB lättare att rekrytera barnläkare än SÄS och Skas. Det finns också en trend i att yngre läkare gärna inriktar sig mot en subspecialitet eller ett profilområde. Mer om rekryteringsförutsättningarna inom Gbg/SB och Skas beskrivs i avsnitt fyra.

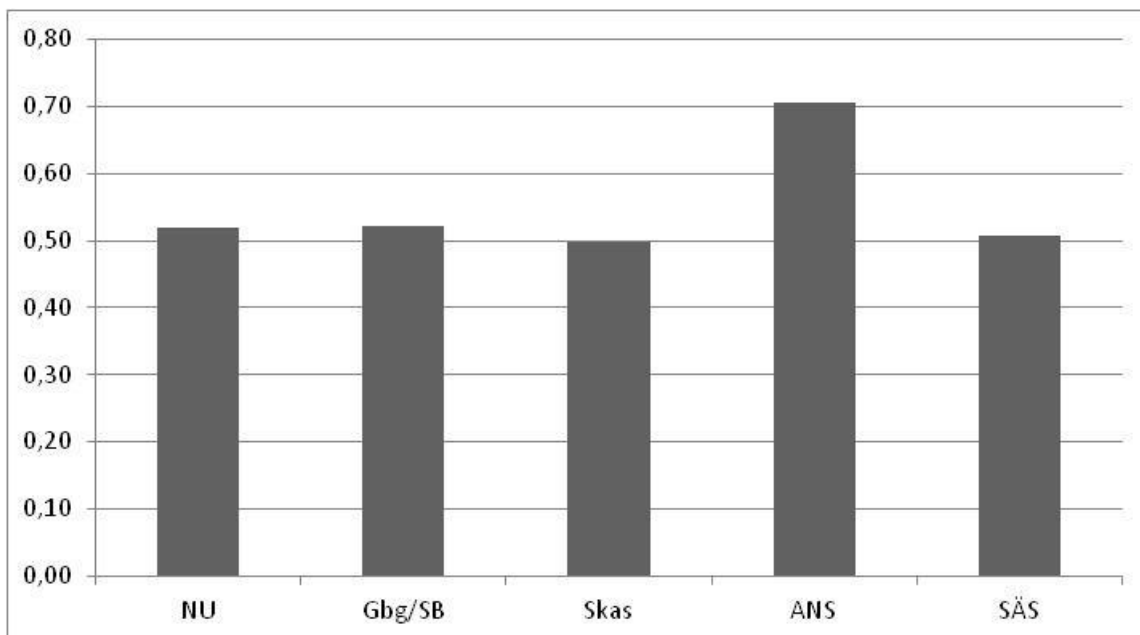
När det gäller konsumtion av öppenvård finns det vissa skillnader mellan de fem områdena.

² Statistik från regionens väntetidssamordnare som rapporterar till SKL:s "Väntetider i vården".

³ Regionens mål är 60 dagar vilket också är gränsen för att få ta del av kömiljarden.

Tabell/diagram 3: Antal besök per barn inom respektive område (2012)

Antal besök

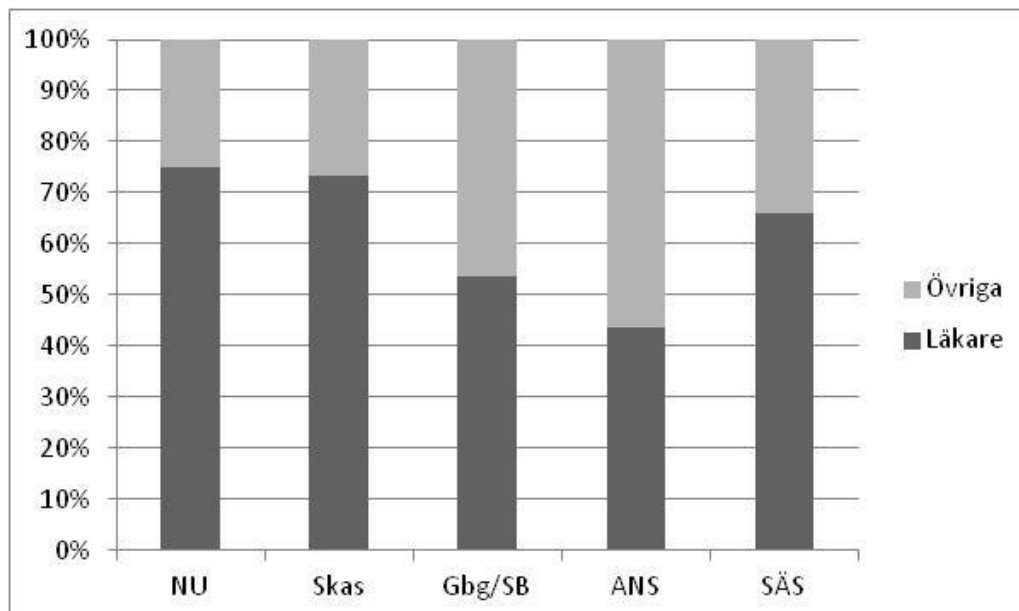


Kommentar: Besöken från HSN 6 och 8 är borträknade från Gbg/SB (ca 17000). Vidare är besöken vid Drottning Silvias barnsjukhus inkluderade i Gbg/SB (ca 17000) för att det ska bli jämförbart med de övriga där BUM inkluderar sjukhusmottagningarna. Totala antalet besök varierar mellan 14000/år (ANS) och 70000/år (Gbg/SB)

Antalet besök per barn är störst vid ANS. Detta skulle kunna förklaras av att närsjukhuset har utvecklat en närhet och samverkan mellan vårdaktörerna för att tidigt upptäcka problem. Dessutom kan behovet av specialistvård förmodas vara större i det området.

I övrigt är skillnaderna inte så stora att de indikerar på olika vårdutbud. Det bör betonas att statistiken inte tar hänsyn till det faktum att en viss andel patienter söker vård vid utbudspunkter som inte ligger inom den aktuella hälso- och sjukvårdsnämndens befolkningsansvar. Ett överslag från besöksstatistiken visar på gränsöverskridande patientströmmar på mellan två och fem procent men detta kan variera. Bland annat har synpunkter framförts av de intervjuade på att det finns ett ganska stort antal patienter i ANS upptagningsområde som går direkt till Drottning Silvias barnsjukhus. Om överströmningen från ANS till Gbg/SB är större än vad vi antagit förstärks skillnaden mellan ANS och Gbg/SB när det gäller konsumtionsmönster.

Tabell/diagram 4: Fördelning av besök mellan yrkesgrupper (2012)

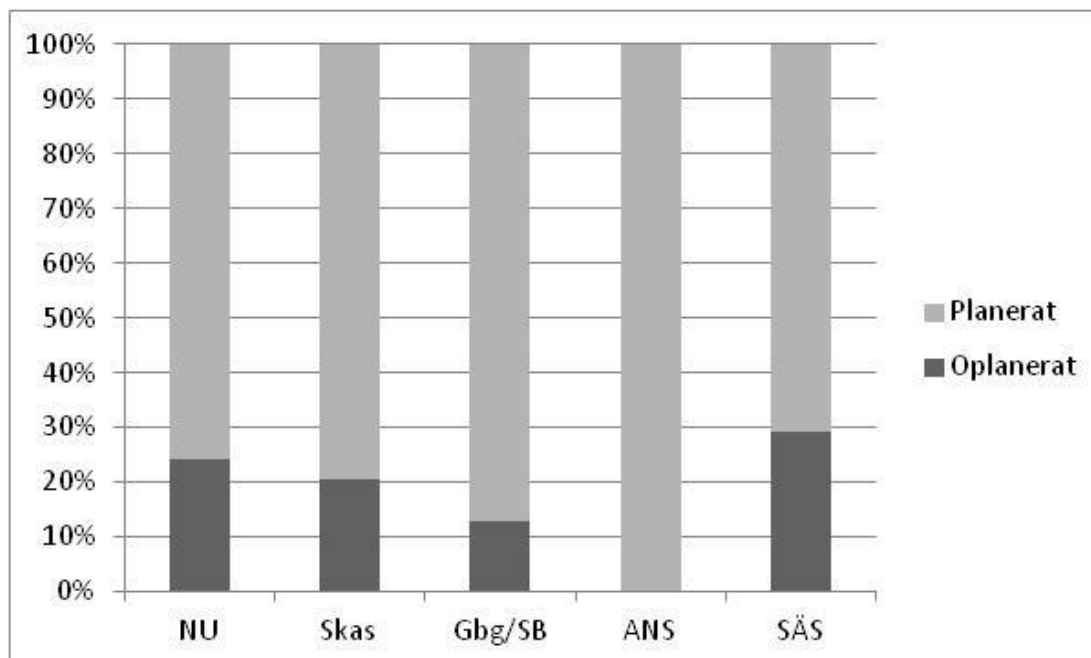


Kommentar: Gbg/SB innehåller både beställd offentlig primärvård och SU (Drottning Silvias barnsjukhus). SÄS innehåller de fyra mottagningar som 2013 överfördes till SÄS styrelse. Däremot är de fyra SÄS - mottagningarna inte borträknade från Gbg/SB. Vår bedömning är att det inte märkbart påverkar resultatet.

När det gäller fördelning av besöken mellan läkare respektive övriga yrkesgrupper kan ett mönster skönjas i besöksstatistiken. NU, SÄS och Skas genomför en större andel av besöken med läkare än vid Gbg/SB och ANS. Den troligaste förklaringen till detta är att Gbg/SB har satsat mer på andra yrkesgrupper och på sjuksköterskemottagningar än övriga områden. Förklaringen till att ANS har den lägsta andelen läkarbesök beror sannolikt till stor del på det närsjukvårdskoncept som tillämpas och som innebär att barnen i större utsträckning möter fler andra yrkesgrupper. Detta gäller även till viss del öppenvården inom Gbg/SB. Sannolikheten att ohälsoproblem fångas upp på andra vårdnivåer och av andra yrkesgrupper än läkare är troligen större eftersom sjukhuset arbetar med ambitionen att vara gränsöverskridande och samverkande, bland annat med skolhälsovården.

Av intervjuer framgår att NU-sjukvården och Skas ger lite olika bilder av möjligheterna att rekrytera läkare. NU-sjukvården tycks ha lättare att rekrytera läkare än Skas men de har i princip samma fördelning av besöken.

Tabell/diagram 5: Förhållandet mellan planerade och oplanerade besök (2012)



Kommentar: Gbg/SB innehåller både beställd offentlig primärvård och SU (Drottning Silvias barnsjukhus). SÄS innehåller de även de fyra mottagningar som överförts till 2013. Dessa är däremot inte borträknade från Gbg/SB.

Fördelningen av oplanerade (akuta) och planerade besök visar ett mönster där Gbg/SB har en mindre andel akuta besök. Även denna skillnad är svår att förklara mer än att detta mönster stämmer överens med det faktum att Gbg/SB har större andel besök hos andra yrkesgrupper än läkare. ANS har i princip bara planerade besök, de flesta oplanerade sker vid Drottning Silvias barnsjukhus. Enligt chefen för ANS är dock ca 5 % av de registrerade öppenvårdsbesöken akuta/oplanerade. Detta beror på brister i det IT-stöd som används vid ANS.

4. Skillnader och likheter mellan och inom Göteborg/södra Bohuslän och Skas

Vi har i denna granskning gjort en närmare jämförelse mellan BUM i Gbg/SB och inom Skas. På en övergripande nivå kan sägas att dessa två områden skiljer sig åt när det gäller organisering, synsätt och kompetensstrategi.

I Gbg/SB är den barn- och ungdomsmedicinska öppenvården organiserad inom primärvårdens organisation med en gemensam chef för BUM. Inom området finns 11 stycken barn- och ungdomsmedicinska mottagningar och 2012 tillsattes en särskild primärvårdschef för den barn- och ungdomsmedicinska öppenvården. Syftet med chefstillsättningen var 2012 att säkerställa en enhetlig vård inom hela området. I flera fall utgör BUM egna lokala mottagningar som bemannas av läkare som huvudsakligen och i flera fall enbart arbetar i öppenvården. I mindre utsträckning tjänstgör barnläkare vid BUM även i heldygnsvårdens jourlinjer. Strävan från ledningens håll är att

vidmakthålla ett "allmänpediatriskt" synsätt i öppenvården. Primärvårdschefen för BUM betonar vikten av att sjukvårdspersonalen ska arbeta utifrån ett holistiskt synsätt med patienterna och upprätthålla en kompetens där barnens sammansatta problematik tas i beaktande i vården.

Gbg/SB är till stora delar ett tätbebyggt område och möjligheterna att rekrytera barnläkare som vill arbeta inom öppenvården uppges vara goda.

Vid Skas är situationen annorlunda. Alldeles nyligen infördes en ny ledningsorganisation. BUM ingår numera i område K i Skaraborgs sjukhus med en verksamhetschef för flera specialiteter, däribland barn- och ungdomsmedicin. Mottagningar finns vid sjukhuset i Skövde samt i Mariestad, Lidköping och Falköping. Mottagningarna hade tidigare varsin mottagningschef men nu är en person chef för samtliga mottagningar. Skas styrelse har en övergripande strategi att se hela sjukvårdsområdet som en helhet när det gäller att utnyttja resurserna och detta gäller även barn- och ungdomsmedicin. Personalen (alla kategorier) i Skövde bemannar både mottagningen och heldygnsvården. Närheten mellan öppenvården och heldygnsvården är ett sätt att attrahera bland annat barnläkare enligt verksamhetschefen. Det allmänpediatriska förhållningssätt som präglar styrningen i Gbg/SB har därmed en underordnad roll inom BUM i Skas. Ett undantag är Lidköping vars mottagning bemannas av barnläkare som arbetar renodlat med öppenvård. Mottagningarna i Falköping och Mariestad bemannas av läkare från sjukhuset i Skövde.

4.1. Gränssnittet gentemot BUP och vårdcentraler

De viktigaste angränsade vårdgivarna till BUM är barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och vårdcentralerna. En ökande patientgrupp är personer med ADHD vilket framförallt innebär en ökad utredningsverksamhet. Organiseringen av detta skiljer sig mellan de båda sjukvårdsområdena. Vid Skas har BUM-mottagningen i Mariestad utvecklat en kompetens och kapacitet för att utreda neuropsykiatriska patienter. De patienter som har indikationer på ADHD eller annan neuropsykiatrisk diagnos och remitteras från skolorna utreds inom BUM i Mariestad (genom en så kallad enkel utredning). BUP genomför mer avancerade utredningar. Inom Gbg/SB byggdes under ett antal år en liknande verksamhet som i Mariestad upp vid BUM-mottagningen i Kungälv och Stenungsund. Där utreds liknande neuropsykiatriska patienter men dessa enheter är nu sedan 2012 organisatoriskt flyttad till BUP. Enligt vad som framkommit i intervjuerna pågår diskussioner i sektorsråden⁴ kring frågan hur de neuropsykiatriska utredningarna ska organiseras och bedrivas på det mest effektiva sättet.

I övrigt fungerar samverkan mellan BUP och BUM tillfredsställande enligt intervjuerna. I Gbg/SB är möjligen patienterna och remittenterna mer benägna att söka sig till BUM när det handlar om problematik kopplat till psykisk ohälsa och därefter remitteras de till BUP. Det finns också indikationer på att Gbg/SB är bättre rustad kompetensmässigt att möta problematik i gränlandet mellan psykiatri och somatik. Antalet utbudspunkter och den mer renodlade allmänpediatriska inriktningen kan i så fall vara en bidragande orsak och inneburit att befolkningen vant sig vid ett sökmönster där BUM-mottagningarna blir en naturlig kontaktväg.

⁴ Sektorsråden för barnsjukvård och barn- och ungdomspsykiatri. Dokumentation från råden för 2012 eller 2013 finns inte tillgängliga.

Inom Gbg/SB finns psykologer vid BUM-mottagningar som är kopplade till HSN 4, 5, 7 och 11. Inom Skas finns psykolog och kuratorskompetens vid Lidköpings och Skövdes BUM-mottagning. Tillgången till psykologer och kuratorer är något större vid Gbg/SB än vid Skas efter det att extra medel för detta tillförts från fyra HSN.

Inom Skas uppges det ha varit svårare att vidmakthålla den allmänpediatriska kompetensen vilket kan bidra till att problematik kopplad till psykisk ohälsa i större utsträckning tas om hand inom BUP eller vårdcentralerna.

Gränssnittet gentemot vårdcentralerna regleras i första hand av den uppdelning för akut och planerad vård av de riktlinjer som beskrivits i avsnitt 2. Hur det i praktiken fungerar skiljer sig dock beroende på de konkreta förutsättningarna vid vårdcentralerna. Inom Skas anger de intervjuade att vårdcentralernas benägenhet att hänvisa till BUM starkt påverkas av inslaget av hyrläkare. I Gbg/SB finns det samma typ av skillnader mellan vårdcentralerna, det vill säga att den enskilda vårdcentralens kompetens och resurser påverkar vad som tas om hand och vad som hänvisas.

I övrigt påpekar de flesta intervjupersoner att patienternas sökmönster och vårdcentralernas benägenhet att hänvisa alternativt remittera till BUM påverkas av en kombination av tillgängliga resurser och tradition.

4.2. Ekonomi

Vi har gjort jämförelse av de ekonomiska förutsättningarna för den barn- och ungdomsmedicinska öppenvården mellan Gbg/SB och Skas. I och med att uppdragen specificeras på olika sätt och har vi gjort en ungefärlig bedömning av vilka ekonomiska resurser som står till förfogande för Gbg/SB respektive Skas. För Gbg/SB utgör HSN:s ersättning underlaget och vid Skas utgör verksamhetsområdets egna budget-siffror för 2013 underlaget.

	Gbg/SB	Skas
Budget 2013 för öppenvården	Ca 130 mnkr	45,6 mnkr
Befolkningsunderlag (barn)	134 965	48 511
Kostnad/barn	963 kr/barn	939 kr/barn

Kommentar: Budgeten för Gbg/SB är 113 mnkr. Till detta har en uppskattad kostnad på 1000 kr/besök för 17000 besök som genomförts på Drottning Silvias barnsjukhus adderats.

Tabellen ovan visar en högre ersättning/kostnad vid Gbg/SB. Det kan finnas vissa mindre poster som kan påverka siffrorna men bedömningen är att det är marginella skillnader.

5. Bedömningar och slutsatser

Syftet med föreliggande förstudie är att granska om regionen erbjuder likvärdig medicinsk vård för barn- och ungdomar inom hela regionen.

Nedanstående matris visar i komprimerad form vad som framkommit i denna förstudie. Efter figuren redogörs för skälen till bedömningarna. Sist kommer en sammanfattande slutsats utifrån syftet och den övergripande revisionsfrågan.

Revisionsfråga	Bedömning
Är uppdragen för barn- och ungdomsmedicin inom regionen enhetligt formulerade av hälso- och sjukvårdsnämnderna?	Nej. VÖK:arna skiljer sig i detaljeringsgrad och fokus både verksamhetsmässigt och i ekonomiska preciseringar. Dessutom är ersättningsmodellerna olika utformade. Explicit eller implicit hänvisas till riktlinjerna för BUM:s ansvar visavi vårdcentralerna.
Är de ekonomiska resurserna som står verksamheterna till förfogande likvärdiga i de olika sjukvårdsområdena?	Ja. Vid en jämförelse mellan Göteborg/södra Bohuslän och Skas framkommer ingen betydande skillnad i kostnad per barn.
Beror eventuella skillnader i uppdragen på olikheter i organiseringen av de olika vårdaktörerna (BUP, socialtjänst, skolor, hälsocentraler m.m.) på så sätt att det sammantagna utbudet av vård till barn- och ungdomar är enhetligt inom regionen?	Nej. Inget har framkommit som tyder på att det finns väsentliga skillnader i det omgivande systemets organisering av vårdresurser. Lokala skillnader finns dock. Ett undantag är Angereds närsjukhus där tanken är att det ska finnas en tät samverkan mellan olika vårdaktörer.
Finns det skillnader i mottagningarnas faktiska vårdutbud och vad förklarar dessa skillnader?	Delvis. Det finns skillnader när det gäller vilka yrkesgrupper som genomför besöken samt fördelning mellan planerade och oplanerade besök. Tillgängligheten överlag uppfyller regionens mål i meningen andel nybesök och behandlingar inom 60 dagar.

Uppdragen till BUM är i vårdöverenskommelserna tämligen vaga och bygger i stor utsträckning på historik och formuleras i NU och Skas i generella krav på alla verksamheter. VÖK:arna vid Gbg/SB och ANS är något mer specifika. Utbudspunkterna finns oftast inte angivna i VÖK:en men i dialogen med styrelserna och verksamheten är det klart uttalat att utföraren inte får ändra utbudspunkterna utan nämndernas medverkan och beslut. Vår bedömning är att verksamheten av nämnderna förutsätts bedrivas som tidigare utifrån definitionen av BUM som specialitet och utifrån de av sektorsråden antagna riktlinjerna för gränssnittet mellan BUM och vårdcentralerna. SÅS utgör ett undantag vilket främst beror på att det där finns ett tilläggsavtal som reglerar vad som 2013 flyttats från styrelsen för beställd primärvård till styrelsen för SÅS.

När det gäller de ekonomiska resurserna har vi gjort en jämförelse mellan Gbg/SB och Skas. De "jämförelseförstörande" posterna som kan kvarstå i den jämförelse som är gjord bedöms vara ganska små och inte påverka bedömningen. Det finns inte

några väsentliga skillnader när det gäller de ekonomiska resurser/barn som är att hänföra till öppenvården vid de två analyserade sjukvårdsområdena. Frågan om det är en slump eller medvetet agerande från den politiska nivån kvarstår dock.

Ovanstående ekonomiska analys är gjord utan hänsyn till det faktum att befolkningen söker vård över hälso- och sjukvårdsnämndernas gränser för befolkningsansvar. Exempelvis kan det antas att viss överströmning sker från ANS till Drottning Silvias barnsjukhus på jourtid. För att ta hänsyn till dessa patientströmmar krävs emellertid en noggrannare statistikanalys.

I förstudien har inga väsentliga skillnader framkommit när det gäller vårdgrannar inom de olika sjukvårdsområdena. Lokala olikheter finns dock, bland annat när det gäller neuropsykiatriska utredningar och samverkan med andra vårdaktörer.

Slutligen kan det konstateras att fördelningen mellan oplanerade/planerade besök samt fördelningen mellan vilka yrkesgrupper som genomför besöken är faktorer som skiljer de granskade sjukvårdsområdena. Skas, SÄS och NU har en större andel läkarbesök än Gbg/SB och ANS som även har lägre andel oplanerade (akuta) besök. I föreliggande förstudie kan skillnaden inte förklaras men bedömningen är att skillnaderna beror på olika sätt att leda och bedriva verksamheten.

De två områden som studerats närmare, Gbg/SB och Skas kan sägas vara två ytterligheter när det gäller strategi. Gbg/SB satsar uttryckligen på att bygga en öppenvård skild från heldygnsvården medan Skas uttryckligen vill se hela verksamheten på ett integrerat sätt för att kunna utnyttja resurserna effektivt, exempelvis genom att personalen i Skövde tjänstgör både inom öppenvården och inom heldygnsvården. De olika strategierna är inte bara vårdideologiska utan även knutna till demografi, geografi och till förutsättningarna för kompetensförsörjning. Den öppenvårdsstrategi som Gbg/SB tillämpar är sannolikt svårare att driva inom det mer glest befolkade Skas.

Förstudien visar att utförarna i de olika sjukvårdsområdena utvecklar strategier och verksamhetsformer utifrån de lokala förhållandena. Jämförelsen mellan Gbg/SB och Skas illustrerar detta tydligt. I det första fallet finns det en uttalad inriktning mot en öppenvård med många utbudspunkter, i det andra fallet mot en integrering av heldygnsvård och öppenvård. Den verksamhet som vuxit fram bygger också mycket på tradition.

5.1. Slutsats

Slutsatsen utifrån ställda revisionsfrågor och grunderna för ansvarsprövning är att om revisorerna beslutar om en fortsatt fördjupad granskning bör den inriktas dels mot den politiska styrningen och uppföljningen från beställare och utförare dels mot vilka konkreta utbudsmässiga effekter de olika strategierna inom sjukvårdsområdena får till följd.

Hur barn- och ungdomsmedicin utvecklas styrs i huvudsak av verksamheten och via riktlinjer framtagna i sektorsråden. Den politiska styrningen framstår som diffus med några mindre undantag. Strategierna är olika i olika sjukvårdsområden men förstudien ger inga tydliga indikationer på att det faktiska vårdutbudet skiljer sig väsentligen åt mellan områdena. De skillnader som finns beror på anpassningar till de lokala förutsättningarna men utifrån vad som framkommit i denna förstudie bedöms vården i

regionen svara upp emot kravet på vård på lika villkor så som det är definierat i Hälso- och sjukvårdslagen.

De ekonomiska resurserna som står till BUM:s förfogande visar sig vara lika i Gbg/SB och Skas men vi kan i förstudien inte klargöra varför. Hur fördelningen av resurser till BUM sker är otydligt och det sker inte samordnat mellan nämnderna.

Stockholm och Göteborg 2013-08-27

Anders Hellqvist
Verksamhetsrevisor
EY

Mikaela Bengtsson
Verksamhetsrevisor
EY

Bilaga 1. Dokumentation och intervjuade funktioner

Genomförda intervjuer

Intervjuer har genomförts med följande funktioner:

- Primärvårdschef BUM i Göteborg/Södra Bohuslän
- Verksamhetschef för BUM-mottagningen Kungshöjd i Göteborg
- Verksamhetschef för BUM inom SKAS
- Enhetschef för BUM SKAS Skövde
- Nämndsamordnare HSN 7 vid hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Göteborg
- Planeringsledare vid hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Uddevalla
- Planeringschef vid hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Borås
- Planeringsledare (2) vid hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Mariestad
- Presidiet i styrelsen för beställd primärvård
- Presidiet i styrelsen för SÄS
- Presidiet i styrelsen för NU-sjukvården
- Presidiet i styrelsen för SKAS
- Presidiet i styrelsen Angereds Närsjukhus

Dokumentförteckning

Framtidstro och hållbar utveckling, Västra Götalandsregionens budget 2013.

Regional medicinsk riktlinje/vårdsnivå, handläggning av icke akuta sjukdomstillstånd hos barn och ungdomar inom Västra Götalandsregionen.

Regional medicinsk riktlinje/vårdsnivå, handläggning av akuta sjukdomstillstånd hos barn och ungdomar inom Västra Götalandsregionen.

Regional medicinsk riktlinje, ADHD barn och ungdomar.

Tilläggsöverenskommelse om samlat uppdrag för den specialiserade somatiska barn- och ungdomssjukvården vid Södra Älvsborgs sjukhus 2013-2014.

Överenskommelse om beställd primärvård mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna 4, 5, 7, 11 och 12 och styrelsen för beställd primärvård år 2013.

Överenskommelse om sjukhusvård mellan Styrelsen för Angereds närsjukhus och Hälso- och sjukvårdsnämnd 12, nord-östra Göteborg, år 2013-2014.

Överenskommelse om länssjukvård mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna i Västra Götalandsregionen och styrelsen för NU-sjukvården, 2013-2014.

Överenskommelse mellan hälso- och sjukvårdsnämnden västra Skaraborg och styrelsen för Skaraborgs sjukhus, år 2013-2014.

Överenskommelse mellan hälso- och sjukvårdsnämnden östra Skaraborg och styrelsen för Skaraborgs sjukhus, år 2013-2014.

Bilaga 2 Revisionskriterier

Kommunallagen

Enligt 6 kap. 7 § kommunallagen har nämnderna ansvar för att var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Likaså skall nämnderna se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett övrigt tillfredställande sätt.

Hälso- och sjukvårdslagens definition av likvärdig vård

I hälso- och sjukvårdslagens § 2 framgår att: "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet."

Västra Götalandsregionens budget 2013

Västra Götalandsregionen ger i sin budget för 2013 ingen precisering av vård på lika villkor. Däremot finns under perspektivet medborgare formuleringar om ökad samordning inom Västra Götalandsregionen. Bland annat framgår att; "Det är ett gemensamt ansvar att samordna och samverka kring viktiga insatser för likvärdig hälsa och vård efter behov samt likvärdiga villkor för invånarna att utvecklas som individer. Utmaningen ligger i att skapa en regiongemensam syn med syfte att lära av varandra samt utbyta kunskap och erfarenheter över geografiska och organisatoriska gränser" (s. 12).

I budgeten framgår också att; "För att säkerställa en jämlik och jämställd vård med god tillgänglighet ska vården utföras med högsta möjliga medicinska säkerhet och kvalitet i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Utvecklingsarbetet inom ramen för ledningssystemet God Vård⁵ grundar sig på principerna om att hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rätt tid" (s. 36). Regionen har även ett fast handlingsprogram för arbetet med God Vård.

Vidare beskrivs under ekonomiska förutsättningar en fördelningsmodell till hälso- och sjukvårdsnämnderna. Enligt modellen utgår exempelvis en grundresurs för att öka möjligheten att ge alla invånare, oberoende av var man bor, likvärdig tillgång till den nära sjukvården (s. 63).

⁵ God Vård är ett nationellt begrepp som består av sex områden: Säker vård, Patientfokuserad vård, Kunskapsbaserad vård, Jämlik vård, Vård i rimlig tid och Effektiv vård. Dessa bygger på Socialstyrelsens handbok om ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.