VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Granskning av barn- och ungdomspsykiatrin

Dnr: Rev 28-2013

Genomförd av: Ernst & Young

Behandlad av Revisorskollegiet den 13 november 2013

Västra Götalandsregionen

Granskning av barn- och ungdomspsykiatrin

Innehåll

Sammanfattning **2**
1.1. Rekommendationer 3

2. Inledning **4**
2.1. Bakgrund 4
2.2. Syfte och revisionsfrågor 4
2.3. Avgränsning 5
2.4. Ansvariga nämnder/styrelser 5
2.5. Revisionskriterier 5
2.6. Metod 5
2.7. Disposition och förkortningar 5

3. Utformningen av de statliga stimulansmedlen **7**
3.1. Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatrin inom VGR 7
3.2. Översyn av neuropsykiatriska utredningar 8

4. Väntetidernas utveckling de tre senaste åren **9**
4.1. Tillgängligheten år 2009 9
4.2. Tillgängligheten år 2010-2012 10
4.3. Slutsats 13

5. Fördelning av BUP-miljonerna inom regionen **13**
5.1. Bedömning 16

6. Mottagningarnas tillgänglighetsskapande åtgärder **18**
6.1. Ren kökortning 18
6.2. Förändringar i arbetssätt 19
6.3. Samverkan med vårdgrannar 19
6.4. Upplevda effekter av BUP-miljonerna på mottagningsnivå. 20
6.5. Bedömning 21

7. Bedömningar och slutsatser **22**
7.1. Slutsats 23
7.2. Rekommendationer 24

Bilaga 1. Dokumentation och intervjuade funktioner **25**

Bilaga 2 Revisionskriterier **26**

Sammanfattning

EY har på uppdrag av revisorerna i Västra Götalandsregionen genomfört en granskning med syftet att bedöma effekten av den statliga tillgänglighetssatsningen för barn och unga med psykisk ohälsa som regionen har tagit del av under åren 2009-2012. Granskningen har genomförts i form av intervjuer och dokumentstudier. Intervjuer har gjorts med centralt ansvariga tjänstemän, ordförande i Hälso- och sjukvårdsutskottet samt med chefer vid åtta BUP-mottagningar i regionen.

Den övergripande slutsatsen är att den enda tydliga effekten av BUP-miljonerna är att alla fyra granskade sjukvårdsområden håller en god tillgänglighet till det första besöket. Detta är i sig en bra effekt eftersom svårt sjuka och kanske självmordsbenägna patienter då kan identifieras och få behandling. När det gäller tid till fördjupad utredning och behandling kan inte några positiva effekter kopplas till BUP-miljonerna vilket bedöms vara en brist. Det går inte att isolera vilken exakt effekt BUP-miljonerna haft men det kan konstateras att målet med god tillgänglighet inte är uppnått. Måluppfyllelsen har sjunkit på grund av skärpta krav men den har försämrats även bortsett från de skärpta kraven.

De medel som använts för att förstärka första linjens vård bedöms vara ändamålsenliga men det återstår arbete för att första linjen i praktiken tagit ett större ansvar för psykisk ohälsa. Däremot är bedömningen att medlen i för liten utsträckning använts för att effektivisera mottagningarnas inre vårdprocesser. De erfarenheter som dragits nationellt är att extramedel som tilldelas till verksamheter inte får några långvariga effekter om de inte används för att göra förändringar i system och arbetssätt. En god tillgänglighet kan skapas endast om det råder balans mellan behov och kapacitet. Det faktum att tillgängligheten totalt sett försämrats under en period då extra medel för tillgänglighet erhållits bör leda till analys och ställningstagande från nämnder, styrelser och HSU. Detta förhållande är ett ytterligare argument för att långsiktiga och processrelaterade insatser bör prioriteras i utvecklingsarbetet.

Hanterandet och fördelningen av BUP-miljonerna har skett på ett tydligt sätt och utifrån de riktlinjer för barn- och ungdomspsykiatrin som finns för regionen. Det faktum att det inte sluts några överenskommelser med utförarstyrelserna inom Fyrbodal och Skaraborg bedöms vara en brist av det skälet att utförarstyrelserna bör vara involverade i ett åtagande att förbättra tillgängligheten. Bedömningen är också att hanteringen av stimulansmedlen som helhet skulle vinna på en mer likformig och tydlig styrning och uppföljning. I granskningen har flera intervjuade på verksamhetsnivå varit frågande inför vad dessa medel använts till. En av fördelarna med specifika utvecklingsmedel är att det kan skapas fokusering och krav på resultat i hela organisationen. Bedömningen är att Västra Götalandsregionen inte tillräckligt utnyttjat den möjligheten.

Fokuseringen på de kriterier som finns kopplade till BUP-miljonerna medför två risker för verksamheten och styrningen. Risken för verksamheten är att andra aspekter av tillgängligheten till återbesök och möjligheterna till intensiva behandlingsprocesser går förlorade. Risken för ansvariga styrelser och nämnder är att de inte i sin styrning har någon information om vilka konsekvenser en fokusering på förstabesök, väntetid till utredning och behandling för med sig. Risken för att nämnder och styrelser får en snedvriden bild av hur verksamheten fungerar är uppenbar.

1.1. Rekommendationer

Mot bakgrund av vad som framkommit i föreliggande granskning ges följande rekommendationer:

- Regionstyrelsen rekommenderas att ta initiativ till att styrningen, fördelningen och uppföljning av de statliga stimulansmedlen sker på ett enhetligt sätt i alla sjukvårdsområden så att utförarstyrelserna knyts upp i ett åtagande för de åtgärder som ska genomföras med hjälp av de statliga bidragen. En samlad bild av medlens användning är nödvändig för att utnyttja den utvecklingskraft som stimulansmedlen kan ge.
- Hälso- och sjukvårdsnämnderna och Hälso- och sjukvårdsutskottet rekommenderas att överväga bredare satsningar på effektivisering av mottagningarnas inre vårdprocesser i användandet av stimulansmedlen för arbetet med psykisk ohälsa hos barn- och ungdomar. Idag sker detta utvecklingsarbete alltför sporadiskt och okoordinerat i regionen och inriktningen mot långsiktiga förändringar i vårdprocess och arbetssätt bör förstärkas.
- Styrelser och nämnder rekommenderas överväga åtgärder för att få en mer fullständig bild av hur tillgängligheten ser ut vid BUP-mottagningarna. Den fokusering som idag sker på förstabesök, tid till fördjupad utredning och tid till behandling riskerar att ge en skev bild av tillgänglighetsläget.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Den psykiska ohälsan har under senare år ökat bland barn och unga vilket har påverkat tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatrin i negativ riktning. Detta märks inte enbart i Västra Götalandsregionen utan i hela landet. Som en följd av detta har regeringen sedan 2007 valt att göra en tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa. Tanken är att ge stöd till landsting och regioner för att förbättra tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatrin. En särskild överenskommelse om en tillgänglighetssatsning för barn och ungdomspsykiatrin slöts 2009 och innebär en prestationsbaserad ersättning i form av stimulansbidrag.

Även på regional nivå har den psykiska ohälsan uppmärksammats. I regionens budget för 2009 beslöts att stärka barn- och ungdomspsykiatrin och en utvecklingsplan skulle tas fram (HSU tillfördes 25 mkr till satsningar i psykiatrin för alla åldrar). Skrivningen är likartad i budget 2010 och 2011 med tillägget att personalförsörjningen inom framförallt barn- och ungdomspsykiatrin måste säkras. I budget för 2012 framhålls behovet av att BUP samordnar sig med skolhälsovården och ungdomsmottagningar.

Revisionsenheten i Västra Götalandsregionen har bedömt det väsentligt att genomföra en granskning av effekten av den statliga tillgänglighetssatsningen har haft för barn och unga med psykisk ohälsa inom regionen.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma effekten, av den statliga tillgänglighetssatsningen för barn och unga med psykisk ohälsa som regionen har tagit del av under åren 2009-2012.

Syftet uppnås genom att följande delfrågor besvaras:

- Hur har tillgängligheten påverkats totalt vid Barn- och ungdomspsykiatrin i regionen?
- Har tillgänglighetsförbättringarna varit jämnt fördelade inom regionens mottagningar?
- Hur har stimulanspengarna fördelats till verksamheten?
- Vilka åtgärder på mottagningsnivå har vidtagits för att förbättra tillgänglighet-en?
    - Har dessa åtgärder fått några negativa konsekvenser för patienter eller personal?
    - Är åtgärderna som vidtagits hållbara i ett längre perspektiv?
- Har de enskilda mottagningarna fått ta del av stimulanspengarna och hur har de använts?
- Har regionen gjort några konsekvensutredningar av den eventuellt ökade följsamheten till vårdgarantin?
- Har förändringar i ansvarsfördelningen eller organiseringen av ”första linjens vård” gjorts under den aktuella perioden?

Granskningen avser både hur pengarna fördelas ut från hälso- och sjukvårdsutskottet samt hur de faktiskt påverkar mottagningarna i en positiv riktning, dvs. ökar tillgängligheten för patienterna.

2.3. Avgränsning

Granskningen avgränsas till sjukvårdsområdena Göteborg/Södra Bohuslän, Södra Älvsborg, Skaraborg och Fyrbodal samt till den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården vid förvaltningarna SU, SÄS, SkaS och NU.

2.4. Ansvariga nämnder/styrelser

Regionstyrelsen

Hälso- och sjukvårdsnämnderna

Styrelsen för NU-sjukvården

Styrelsen för SkaS

Styrelsen för SÄS

Styrelsen för SU

2.5. Revisionskriterier

- Budget 2013
- Vårdöverenskommelser (Dessa är till viss del bedömningskriterier till viss del granskade dokument)
- Regionstyrelsens uppdrag att 2013 genomföra en översyn av den neuropsykiatriska vården av barn och unga.

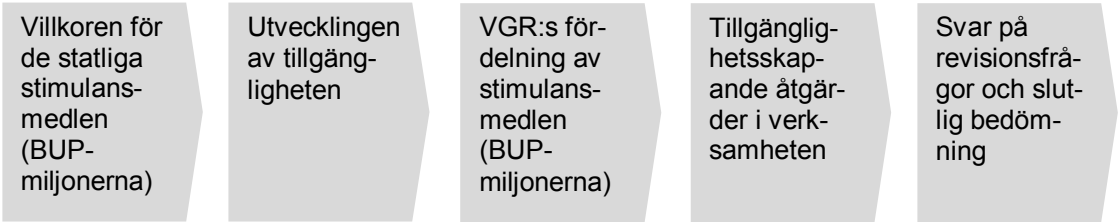
Revisionskriterierna beskrivs närmare i bilaga 2.

2.6. Metod

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

2.7. Disposition och förkortningar

Rapporten är upplagd i följande steg:



Förkortningar

BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
BUM	Barn- och ungdomsmedicin
HAB	Habilitering
HSN	Hälso- och sjukvårdsnämnd
SkaS	Skaraborgs sjukhus

NU	Norra Älvsborgs sjukhus, Uddevalla sjukhus, lokalsjukhusen i Strömstad, Bäckefors och Lysekil
SÄS	Södra Älvsborgs sjukhus
VÖK	Vårdöverenskommelse mellan beställare och utförare
PV	Primärvården
VÄSTBUS	Gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik
KoK-boken	”Krav och kvalitetsbok” – förfrågningsunderlag för hälsovalsenheter

3. Utformningen av de statliga stimulansmedlen

Regeringen (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) enades i en överenskommelse år 2009 om en långsiktig satsning för att förbättra tillgängligheten för barn och unga med psykisk ohälsa. Målet med satsningen var att öka tillgängligheten inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Satsningen är ett särskilt uppdrag som är skilt från uppdraget att följa vårdgarantin och kömiljarden.

I och med överenskommelsen 2009 ändrades förutsättningarna för att erhålla statsbidrag till att bli prestationsrelaterad. Inrapportering sker till SKL:s databas *Väntetider i vården*. För att få del av stimulanspengarna kravställdes att 90 % av verksamheterna/enheterna rapporterade uppgifter till den nationella väntetidsdatabasen. Pengarna (214 miljoner kronor) fördelades i två potter:

- 107 miljoner delades av de landsting där 80 % av patienterna hade väntat högst 30 dagar på ett förstabesök
- 107 miljoner delades av de landsting där 60 % av patienterna hade väntat högst 60 dagar på fördjupad utredning/behandling

Villkoren för statsbidrag har sedan överenskommelsen 2009 reglerats i årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL där kriterier för måluppfyllelse och andra krav gällande inrapportering skärpts. År 2011 skärptes kraven ytterligare till att innebära följande:

- 107 miljoner delas av de landsting där 90 % av patienterna har väntat högst 30 dagar på ett förstabesök
- 107 miljoner delas av de landsting där 80 % av patienterna har väntat högst 30 dagar på fördjupad utredning/behandling

Även kraven avseende svarsfrekvensen för rapportering av faktisk väntetid skärptes från 90 % till 95 %. Dessa stimulansmedel till BUP benämns fortsättningsvis som ”BUP-miljonerna”.

Av överenskommelsen mellan regeringen och SKL för år 2013 framgår bland annat att prestationsmålen för att erhålla BUP-miljonerna utvecklas till att även mäta arbetet med samordnade individuella planer. Syftet är att stimulera till ökad samverkan mellan huvudmännen för barn och unga med psykisk ohälsa. Överenskommelsen för år 2013 tar bland annat avstamp i den specifika ”PRIO-plan”[1] som regeringen beslutat om. Planen anger hur ett utvecklingsarbete ska pågå under åren 2012-2016 avseende riktade insatser för barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. I PRIO-planen fastställs bland annat att barn och unga som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa ska vara en prioriterad målgrupp i utvecklingsarbetet.

3.1. Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatrin inom VGR

Hälso- och sjukvårdsutskottet beslutade 2007 om en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatrin. Syftet med planen var att till år 2012 förbättra sjukvår-

[1] Socialdepartementets handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016.

dens insatser för barn och ungdomar med psykiska problem genom att använda samlade resurser så effektivt som möjligt. Fokus i planen läggs vid ett ökat samarbete mellan samtliga verksamheter som möter barn och unga för att kunna ge förebyggande och tidiga insatser. Fokus är även att utveckla primärvården som första linjens aktör för barn och unga med psykiska problem för att BUP skall kunna fungera som en specialiserad verksamhet. Ett viktigt led i att BUP ska fungera som en specialiserad verksamhet är att utveckla det konsultativa stödet från BUP till de vårdgrannar som möter barn och unga med psykiska problem. Inom BUP skall barn och unga med neuropsykiatrisk problematik samt de som är i risk att utveckla svåra psykiska problem ges särskild prioritet. Stödet skall samordnas efter den enskildes behov och ske i samverkan med andra berörda verksamheter.

Tillgänglighet är ett särskilt målområde i utvecklingsplanen. I syfte att öka tillgängligheten och utveckla närsjukvården anges bland annat att BUP-verksamheten i regionen bör implementera korttidsintervention där antal behandlingstillfällen är förutbestämt. Målet är att korttidsintervention skall kunna erbjudas vid regionens samtliga distriktsmottagningar. En komplettering av kompetensen inom framförallt kognitivt inriktad psykoterapi är ett viktigt led i verksamhetsutvecklingen. För att ytterligare öka tillgängligheten skall fokus vara att öka andelen direkt patientarbete, minska antalet uteblivna besök samt öka antalet besök per enskild behandlare. Dessutom anges att antalet sjuksköterskor behöver öka.

3.2. Översyn av neuropsykiatriska utredningar

I budgeten för 2013 har regionfullmäktige givit regionstyrelsen i uppdrag att genomföra en översyn av den neuropsykiatriska vården av barn och unga. Enligt intervjuad projektledare pågår arbetet med bland annat dialoger i de aktuella medicinska sektorsråden och resultatet ska rapporteras i november 2013. Översynen kommer att resultera i ett förslag till ansvarsfördelning när det gäller neuropsykiatriska utredningar.

4. Väntetidernas utveckling de tre senaste åren

I följande kapitel presenteras statistik över hur tillgängligheten inom BUP har utvecklats mellan åren 2009-2012. För åren 2010-2012 finns årsbaserade medelvärden att tillgå genom de analyser som genomförts vid regionens analysenhet. Enligt uppgift saknas liknande för år 2009. Därför presenteras väntetidsläget för år 2009 i en särskild redogörelse nedan följt av en samlad redogörelse för åren 2010-2012.

Samtliga resultat presenteras sammanvägt för vardera förvaltningsområde för att ge ett mer överskådligt perspektiv. Detta för att patientvolymerna vid de enskilda mottagningarna varierar och mätvärdena kan bli instabila över tid. Ett förvaltningsområde kan således visa på övergripande förbättringar i tillgängligheten. Det innebär dock nödvändigtvis inte att förbättringarna varit jämt fördelade inom förvaltningens enskilda mottagningar.

4.1. Tillgängligheten år 2009

Nedan följer redovisning av tillgänglighetsläget för oktober månad 2009 gällande såväl förstabesök, fördjupad utredning som bedömning. Oktober månad kan enligt väntetidssamordnaren anses ge den mest representativa bilden för det faktiska väntelägget, till skillnad från månader som innehåller flertalet semesterdagar och ledigheter.

Besök	Väntat 0-30	Väntat 31-60	MeS*	PvV** < 120	PvV** > 120	PvV** <60	Väntat >60	Tot ant Väntade	Måluppfyllelsegrad
NU	60					48		**108**	100%
SkaS	16					1		**17**	100%
SU	90		1			22		**113**	100%
SÄS	37		1			10		**48**	100%
TOT	**203**		**2**			**81**		**286**	**100%**
Fördjupad utredning	Väntat 0-30	Väntat 31-60	MeS*	PvV** < 120	PvV** > 120	PvV** <60	Väntat >60	Tot ant Väntade	Måluppfyllelsegrad
NU	14	1	0	5	0	0	0	**20**	100%
SkaS	9	2		2	0	0	0	**13**	100%
SU	33	0	0	2	0	0	0	**35**	100%
SÄS	0	0	0	0	0	0	0	0	100%
TOT	**56**	**3**	**0**	**9**	**0**	**0**	**0**	**68**	100%
Behandling	Väntat 0-30	Väntat 31-60	MeS*	PvV** < 120	PvV** > 120	PvV** <60	Väntat >60	Tot ant Väntade	Måluppfyllelsegrad
NU	5	7	0	0	0	0	0	**12**	100%
SkaS	24	5	0	0	0	0	0	**29**	100%
SU	19	0	0	0	0	0	0	**19**	100%
SÄS	8	1	0	2	0	0	0	**11**	100%
TOT	**56**	**13**	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**71**	**100%**

Figur 1 BUP-verksamheten i VGR. Antalet väntande högst 30 dagar för besök samt högst 60 dagar för fördjupad utredning och behandling vid oktober månads sista dag 2009. Källa: SKL:s databas Signe. *MeS= Mediciniskt orsakad väntan, **PvV= Patientvald väntan

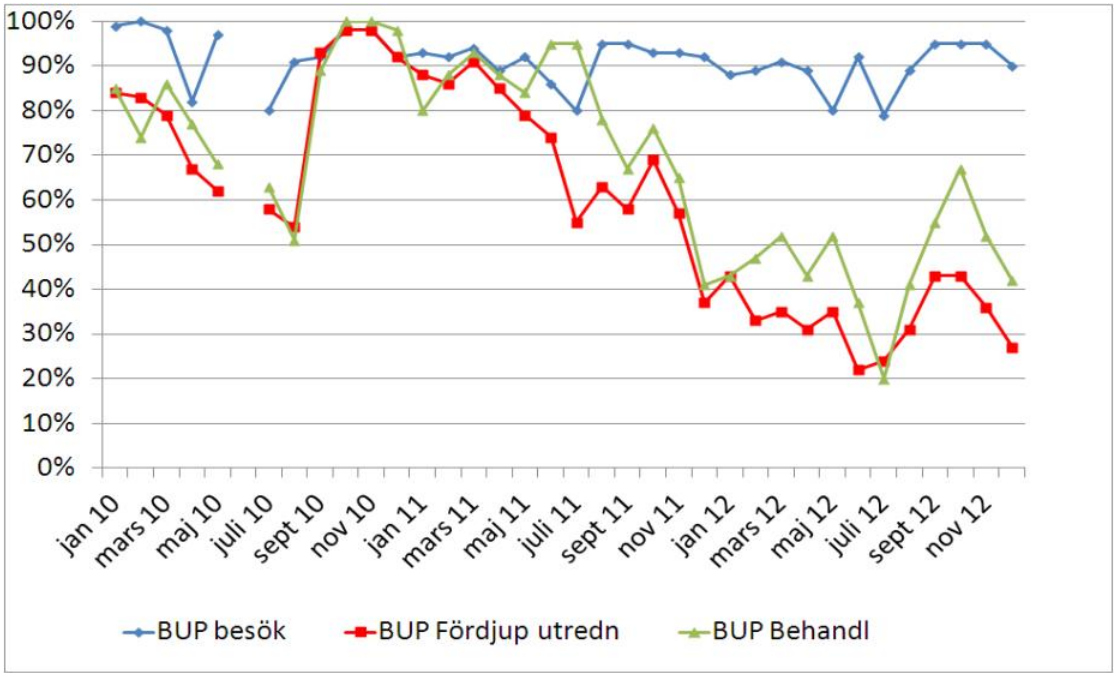
Som framgår av tabellen nådde samtliga förvaltningsområden tillgänglighetsmålen år 2009 om max 30 dagars väntetid för besök samt max 60 dagar för fördjupad utredning och behandling. Omräknat till de gränser som gäller nu var andelen för fördjupad utredning 96 procent och för behandling 85 procent.

4.2. Tillgängligheten år 2010-2012

I syfte att redogöra för utvecklingen av tillgängligheten mellan år 2010-2012 utgår vi från rapporten Verksamhetsanalys som hälso- och sjukvårdsavdelningen vid regionkansliet publicerade år 2012. Resultaten i rapporten baseras på årsmedelvärden för väntetidsläget dels på en övergripande nivå för BUP:s samtliga verksamheter inom VGR, dels hur utvecklingen sett ut på förvaltningsnivå avseende såväl förstabesök, fördjupad utredning som behandling. Resultaten för Kungälvs sjukhus framgår i redogörelsen nedan, men ingår inte i föreliggande granskning.

4.2.1. Tillgänglighet för regionen som helhet

Diagrammet nedan visar andelen patienter som inte har väntat längre än garantitiden för besök, fördjupad utredning och behandling, sista dagen per månad.



Figur 1, BUP-verksamhet i VGR. Andel patienter som inte väntat längre än den regionala garantitiden. Källa: Verksamhetsanalys 2012 (SKL:s databas Signe)

Som framgår av diagrammet ovan är måluppfyllelsen för förstabesök relativt stadig, med undantag för sommarmånaderna. Däremot noteras en sjunkande måluppfyllelsegrad för fördjupad utredning och behandling andra halvåret 2011 samt första halvåret 2012. Enligt rapporten Verksamhetsanalys 2012 kan lutningen i båda fallen vara en effekt av det skärpta gränsvärdet eftersom gränsen sänktes från 60 till 30 dagar 1 januari 2011.

Beskrivningen av tillgängligheten från 2009 – 2012 ger i denna rapport bilden av att tillgängligheten under 2010 försämras redan innan sommaren. Det är svårt att säga om det är en reell försämring eller om det är en effekt av mätningen. Värdena för

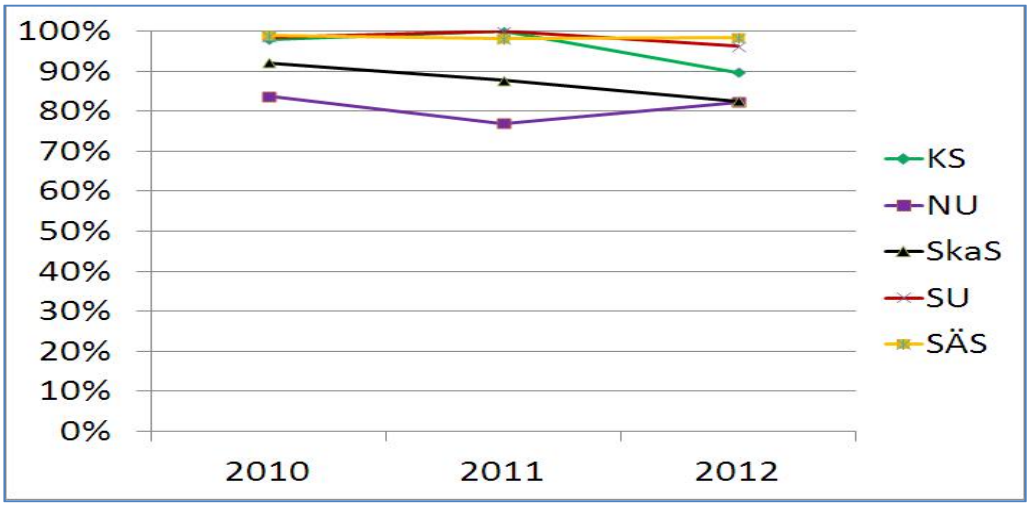
2009 bygger på en enda mätning och förändringen är inte så markant att det går att dra några slutsatser av det. Den intervjuade väntetidssamordnaren beskriver också att det finns viss osäkerhet i registrering och datakvalitet och att denna har förändrats över tiden. Bedömningen är därför att det inte går att dra slutsatsen att en försämring sker från oktober 2009 till februari/mars 2010.

4.2.2. Tillgängligheten på förvaltningsnivå

Nedan presenteras utvecklingen av tillgängligheten inom BUP under åren 2010-2012 på förvaltningsnivå hämtat från rapporten Verksamhetsanalys 2012. Redogörelsen görs för första besök, fördjupad utredning och behandling. Habiliteringen (Hab) och Kungälvs sjukhus (KS) ingår inte granskningen men finns med i statistiken.

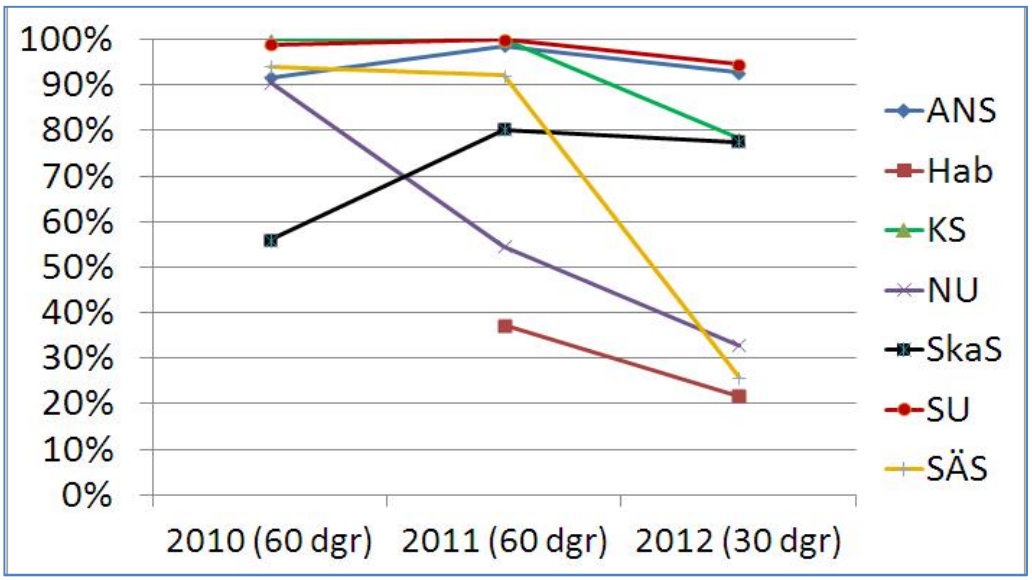
Observera att de tre följande diagrammen visar tre värden, ett för varje år. Linjerna är alltså inte en kontinuerlig skala.

Förstabesök – årsmedelvärde



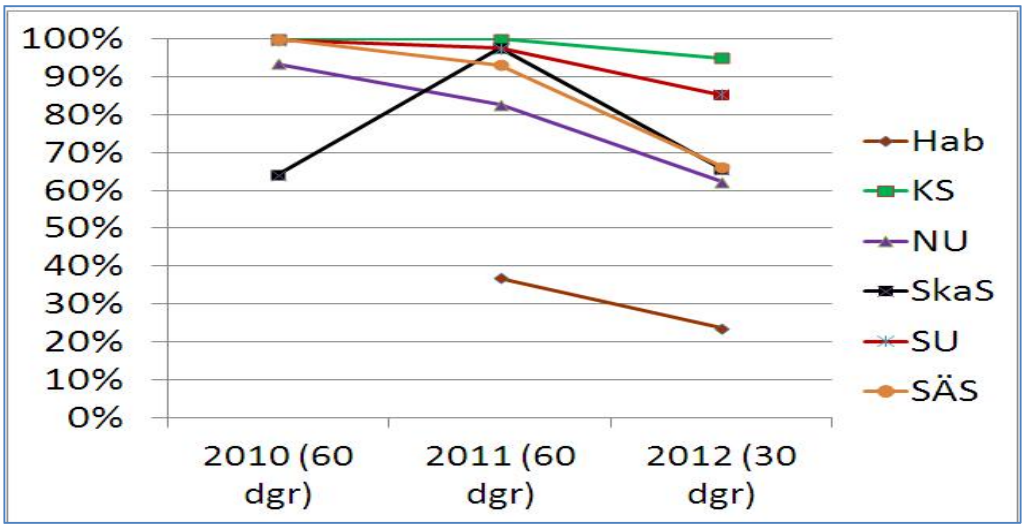
Figur 2, BUP-verksamhet i VGR. Andel patienter som väntat högst 30 dagar på besök i form av årsmedelvärde. Källa: Verksamhetsanalys 2012 (SKL:s databas Signe)

Fördjupad utredning - årsmedelvärde



Figur 3, BUP-verksamhet i VGR. Andelen patienter som väntat högst 30/60 dagar på fördjupad utredning i form av årsmedelvärde. Källa: Verksamhetsanalys 2012 (SKL:s databas Signe)

Behandling – årsmedelvärde



Figur 4, BUP-verksamhet i VGR. Andelen patienter som väntat högst 60/30 dagar på behandling i form av årsmedelvärde. Källa: Verksamhetsanalys 2012 (SKL:s databas Signe)

Sammanfattningsvis visar diagrammen följande för respektive förvaltning:

- **SU** klarar förstabesöken och fördjupad utredning bra alla tre åren. Tillgänglig-heten till behandling sjunker något 2012 men är fortfarande på en hög nivå.
- **NU**:s tillgänglighet för fördjupad utredning och behandling sjunker markant efter 2010
- **Skas** tillgänglighet för fördjupad utredning och behandling varierar starkt mellan olika år
- **SÄS** tillgänglighet för fördjupad utredning och behandling sjunker markant efter 2011

Måluppfyllelsegraden är högst för SU. För övriga är måluppfyllelsen god för förstabesök men sämre när det gäller fördjupad utredning och behandling.

Mätvärdena för de olika förvaltningarna är instabila över tid och varierar starkt från månad till månad. Enligt rapporten Verksamhetsanalys 2012 beror detta ofta på små tal, det vill säga starkt begränsat antal patienter. Däremot finns även BUP-enheter, såsom inom NU och SkaS, som har större patientvolymer men där mätvärdena ändå varierar.

Enligt preliminär statistik är tillgänglighetsläget oförändrat i mätningarna fram till sommaren 2013. Tillgängligheten försämras betydligt under somrarna.

4.3. Slutsats

Bedömningen är att det finns en svag men ändå trend i den tillgänglighetsstatistik som finns. Den trenden är att tillgängligheten försämras när det gäller fördjupad utredning och behandling och trenden finns även vid hänsynstagande av att kraven skärptes från 60 till 30 dagar 2011.

Tillgängligheten för förstabesök har varit stabilt hög för samtliga förvaltningar under hela perioden från och med 2009.

Slutsatsen är att BUP-enheterna prioriterat tillgängligheten för förstabesöket och att det inte går att utläsa någon positiv effekt av BUP-miljonerna i väntetidsstatistiken.

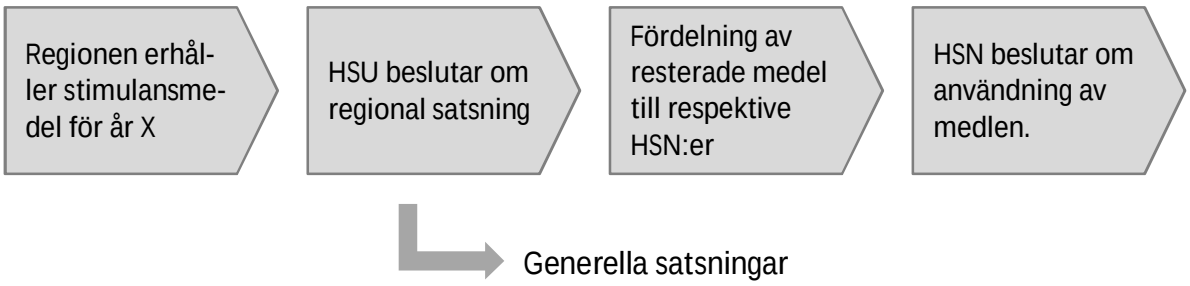
5. Fördelning av BUP-miljonerna inom regionen

Regionstyrelsens Hälso- och sjukvårdsutskott (HSU) har som beredande organ bland annat uppgiften att bereda ärenden kring utvecklingsfrågor och vårdgarantier. De stimulansmedel som regionen erhåller prioriteras och fördelas av HSU. När det gäller BUP-miljonerna tar HSU först ställning till hur mycket av dessa medel som skall användas till generella insatser för den aktuella verksamheten. Generella insatser kan vara utbildningssatsningar av olika slag. Därefter fördelas medlen ut till respektive hälso- och sjukvårdsnämnd utifrån uppställda kriterier. Nämnderna fattar i sin tur självständiga beslut om vilka medel som ska fördelas ut till respektive verksamhet (mottagning/klinik).

VGR har erhållit BUP-miljoner sedan 2007. Tabellen nedan visar hur tilldelningen sett ut årsvis:

År	Mnkr
2007	36
2008	36
2009	36
2010	43
2011	47
2012	48
Totalt	**246**

Vissa delar av de erhållna medlen har använts direkt under kommande år medan andra delar har sparats till åtgärder senare år. Regionen redovisar till Socialstyrelsen varje år hur pengarna använts, vilket år medlen har förbrukats och vad pengarna använts till. Hanteringen av BUP-miljonerna inför 2012 illustreras av nedanstående figur:



För att göra planeringsförutsättningarna stabilare för nämnder och verksamhet har regionstyrelsen från och med år 2012 valt att distribuera BUP-miljonerna i förskott under innevarande år till verksamheten. Regionstyrelsen står för risken att målen inte uppnås under ett år genom att avsätta 40 miljoner och gör därmed planeringsförutsättningarna stabilare. 2011 års medel fördelades dock inför 2012 tillsammans med de av fullmäktige avsatta 40 miljoner kronorna vilket innebar en extra förstärkning. Dessa 40 miljoner fördelas ut vare sig regionen erhåller BUP-miljoner eller inte.

Statliga stimulansmedel fördelade till hälso- och sjukvårdsnämnderna ingår inte som en del i vårdöverenskommelserna utan distribueras för sig. De olika sjukvårdsområdena administrerar detta på olika sätt. Göteborg/Södra Bohuslän och Skaraborg har slutit separata överenskommelser med utförarstyrelserna där det framgår hur medlen ska användas. Fyrbodal och Södra Älvsborg har inte slutit sådana överenskommelser utan hänvisar till beslutet i HSU. Verksamheterna får rekvirera pengarna från Hälso- och sjukvårdsavdelningen efter att de rapporterat vilka åtgärder de genomfört.

Vad den enskilda mottagningen får ta del av avgörs av hur det verksamhetsområde som mottagningen ingår i väljer att hantera medlen. Exempelvis kan verksamhetsområdet välja att genomföra metodutvecklingsprojekt för hela verksamheten. HSN:erna kräver redogörelser från verksamheterna på hur pengarna ska användas.

De generella satsningar som HSU valt att göra före fördelning till HSN:erna är följande:

Gemensamma satsningar av stimulansmedlen	
2007	3,5 miljoner
2009	1,3 miljoner
2011	7 miljoner. Bland annat användes medlen till fördjupningsutbildning inom första linjens omhändertagande av barn- och ungdomar med psykiska symtom.
2012	Ca 27 miljoner Se nedan

Under de första åren beslöt HSU att BUP-miljonerna skulle vara direkt ramhöjande för respektive nämnd. De olika verksamheterna fick då avropa medel mot beskrivning av vad de skulle användas till. År 2011 konstaterade HSA att det fanns medel kvar från de tidigare åren som inte hade avropats och dessa medel har tagits med i fördelningen för den innevarande perioden.

I Göteborgsområdet användes BUP-miljonerna under 2007-2010 till största delen åt en förstärkning av första linjens vård. Detta var i enlighet med intentionerna i den regionala utvecklingsplanen som beskrivits tidigare i rapporten. Det innebar att medel användes för att kompetensförstärka bland annat ungdomsmottagningar, MVC, BVC och vårdcentralerna för att de skulle kunna möta psykisk ohälsa bland barn- och ungdomar. Vårdcentralerna hade före vårdvalets införande inte ett explicit formulerat uppdrag att svara för första linjens psykiatri för barn- och ungdomar. Framför allt saknade vårdcentralerna kompetens för detta.

I och med vårdvalet blev förstalinje-uppdraget för barn- och ungdomar med psykiska besvär klart formulerat i vårdcentralernas ackrediteringsvillkor. Enligt intervjuerna har det tagit tid för Närhälsans vårdcentraler att bygga upp kompetensen för att kunna ta detta uppdrag. År 2012 fattade HSN:erna ett generellt beslut om hur medel skulle användas i verksamheten utifrån ett förslag från tjänstemännen vid Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli. HSU ifrågasatte emellertid beslutet av HSN 4, 5, 7, 11 och 12 med motiveringen att de förordade en mer specificerad beskrivning av hur medlen skulle användas.

De BUP-miljoner som fördelades 2012 har fördelats på följande sätt.

Inriktning	Aktivitet	Belopp
Generella satsningar från HSU Ca 27 miljoner	Kompletterande fördjupningsutbildningar inom första linjens omhändertagande av barn och unga med psykiska symtom	2 miljoner
	Utveckling av nya arbetssätt för omhändertagande av barn och ungdomar	18 miljoner
	Introduktionssatsning på två år för ST-läkare inom BUP	6,7 miljoner
Fördelade av resterande medel till HSN	Fördelade medel utifrån ”Resursfördelningsmodellen” till respektive nämnd för tillgänglighetsskapande åtgärder. HSU:s direktiv till nämnderna var att satsningar ska göras inom följande områden: • Riktade insatser för kökortning • Utöka antalet sjuksköterskor • Utökade resurser för fördjupade utredningar och behandlingar inom neuropsykiatri • Utveckling av konsultationsmodeller tillsammans med vårdgrannar	20 miljoner

Hälso- och sjukvårdsnämnderna valde att använda medlen på följande sätt år 2012.

Sjukvårdsområde	Åtagande i överenskommelse	
Fyrbodal	Övertid hos egen personal, kompetensutveckling i olika behandlingsmetoder samt inhyrd personal.	3,8 miljoner
Skaraborg	”Bidra till att säkerställa den förstärkta vårdgarantin för barn och unga med neuropsykiatrisk problematik.” ”Fortsätta utveckla processen för barn med utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar.” Avser Barn och ungdomscentrum i Mariestad.	BUP 2,5 miljoner HAB 1 miljon
Södra Älvsborg	Utökning av antalet psykiatrisjuksköterskor till mottagningarna. Psykosocial behandlingskapacitet vid ungdomsmottagningarna och MVC/BVC	BUP 2,6 miljoner HAB 1 miljon
Göteborg/Södra Bohuslän	”Arbeta för att dra ner de köer som bildats för barn och unga med neuropsykiatrisk problematik” ”Utveckla arbetssätt inom barn och ungdomspsykiatrin för att hantera det ökade inflödet av remisser och orsakerna därtill”	BUP 8 miljoner HAB 4,5 miljoner

Inom sjukvårdsområdena Göteborg/Södra Bohuslän och Skaraborg har specifika överenskommelser slutits mellan HSN:erna och utförarstyrelserna SU och SkaS. Vid Södra Älvsborg och Fyrbodal har Hälso- och sjukvårdskansliet meddelat verksamheten HSU:s beslut. Då verksamheten redovisat genomförd aktivitet till kansliet kan de avropa dessa medel. Sammanlagt har drygt 3 miljoner mer än de tidigare beskrivna 20 miljonerna fördelats. En tänkbar förklaring kan vara att vissa medel rekvirerats av tidigare års statliga medel. Vi har inte valt att inte söka vidare efter den exakta förklaringen till differensen och bedömer inte att den har någon betydelse för slutsatserna i granskningen.

Varje år redovisar Hälso- och sjukvårdsavdelningen användningen av alla medel till Socialstyrelsen. Användningen relateras till vilket år medlen erhållits vilket gör denna rapportering svåröverskådlig.

5.1. Bedömning

Fördelningen av BUP-miljonerna sker separat vid sidan av medelstilldelningen via vårdöverenskommelserna vilket bedöms ändamålsenligt utifrån perspektivet att dessa medel ska användas till de avsedda målen. Socialstyrelsen gör dessutom noggrann uppföljning av hur medlen används.

HSU har valt att vissa år göra avsättningar till generella insatser vilket också bedöms som ändamålsenligt eftersom vissa satsningar med fördel görs på ett gränsöverskridande sätt. Dessa generella satsningar ligger också i linje med den av HSU beslutade regionala utvecklingsplanen.

Övriga medel kan efter vissa direktiv användas av respektive HSN för att göra de förstärkningar som behövs i det lokala sammanhanget.

Sammanfattningsvis är bedömningen att fördelningen av BUP-miljonerna sker på ett medvetet, uppstyrt och transparent sätt inom sjukvårdsområdena Göteborg/Södra Bohuslän och Skaraborg. Däremot bedöms användningen av medel inte vara transparent inom Södra Älvsborg och Fyrbodal. Där upprättas inga överenskommelser mellan HSN och styrelserna vilket gör att utförarstyrelserna hamnar utanför och inte upprättar ett explicit åtagande.

På ett övergripande plan är hanteringen och redovisningen av hur BUP-miljonerna använts mycket svåröverskådlig vilket gör det svårt att värdera effekterna. Regionstyrelsen via HSU skulle vara betjänta av en tydligare bild av vad som gjorts och vilka effekter som uppnåtts. Det väsentliga är inte vilket års medel som använts till vad utan vad den totala effekten varit av de 246 miljoner som erhållits under de aktuella sex åren.

6. Mottagningarnas tillgänglighetsskapande åtgärder

I följande avsnitt beskrivs vilka åtgärder som mottagningarna vidtagit för att förbättra tillgängligheten samt i vilken utsträckning detta arbete är kopplat till BUP-miljonerna. Informationen bygger på intervjuer med enhets- och verksamhetschefer. Indelningen i kategorierna ”ren kökortning”, ”förändringar i arbetssätt” och ”samverkan med vårdgrannar” är granskarens.

6.1. Ren kökortning

I rapporten definierar vi kökortningsåtgärder som ren resursförstärkning för att kunna genomföra fler besök/behandlingar. Sådana åtgärder kan vara extra kvällsmottagningar, övertid en helg för att kapa kön eller att köpa in extra kapacitet. En ren kökortningsåtgärd inbegriper inte någon förändring i sättet att arbeta eller styra vårdprocessen.

Åtgärd	Mottagning
Köp av neuropsykiatriska utredningar	SkaS (Skövde) Lidköping Uddevalla Borås
Uttalad prioritering av förstabesöket	Uddevalla Trollhättan Lidköping Kungshöjd Borås Hisingen
Extramottagningar	SkaS (Skövde) Uddevalla
Personalförstärkningar av olika slag	Borås

De mottagningar som uttalat har prioriterat förstabesöken anger att detta har skett på bekostnad av de efterföljande besöken. Vissa menar att de inte har något val eftersom regionen har krav på att stimulanspengarna ska nås och att det är enhetschefens uppdrag att prioritera förstabesöket. För många ungdomar som hamnat i en snabb insjukningsprocess kan en mer intensiv behandlingsprocedur med täta besök nå stor framgång. Men detta är svårt att genomföra eftersom fokus ligger på första besöket. Följden blir då att patienten kommer in i ett djupare sjukdomstillstånd med ett större behov av vård som följd. Enhetschefen vid mottagningen i Lidköping beskriver exempelvis att mottagningen valt att prioritera de svårast sjuka med konsekvensen att inte till varje pris prioritera vårdgarantin och BUP-miljonernas krav på förstabesök. Borås har gjort ett liknande ställningstagande och prioriterar kvalitet i behandlingen framför att klara 30-dagarsgränsen.

Å andra sidan framhåller flera intervjuade vid mottagningarna fördelen av att prioritera förstabesöken för att kunna identifiera patienter med suicidrisk. De intervjuade menar att det är bättre att patienterna är ”i systemet” och prioriteringar till fördjupad utredning och behandling kan göras utefter patientens behov.

6.2. Förändringar i arbetssätt

Med förändringar i arbetssätt avses förändringar i remissprocessen, vårdadministrationen, tidbokningslogistiken med mera. Det är förändringar som ska syfta till att öka effektiviteten och därmed få positiva konsekvenser för tillgängligheten. Det bör betonas att vi beskriver de förändringsåtgärder som vidtagits de senaste åren vilket inte innebär att de som inte gjort förändringar arbetar ineffektivt.

Åtgärd	Mottagning
Utveckling av metoder för omprövning/avslut	Lidköping Trollhättan Hisingen Frölunda torg
Åtgärder för att minska antalet uteblivna patienter	Frölunda torg Hisingen Kungshöjd
Tydligare gränsdragning gentemot andra vårdaktörer	Frölunda torg Kungshöjd
Schematekniska förändringar eller produktionsmål på individnivå	Kungshöjd Hisingen
Införande av öppna tidböcker	Borås
Omorganisering av teamen. Exempelvis specialisering av team för förstabesöket.	Borås

Vid intervjuerna beskriver några enhetschefer att de har för avsikt att börja arbeta mer med vårdlogistikrelaterade aspekter som kapacitetsplanering, standardisering, tidbokning, remissflödet med mera. I flera fall har detta fördröjts på grund av att energi gått till att säkra kompetensförsörjningen.

På mottagningen på Hisingen har ett arbete med vårdlogistiker pågått under ca 5 år. Flertalet av logistikernas förslag har omsatts i verksamheten.

6.3. Samverkan med vårdgrannar

Nedan beskrivs kortfattat hur de intervjuade beskriver hur samverkan med de närmaste vårdgrannarna fungerar.

Mottagning	Beskrivning av samverkan med vårdgrannar
SkaS (Skövde)	VÄSTBUS fungerar mycket bra. Skolorna gör bra basutredningar. Samverkan med primärvården kring ett projekt med för barn som möter våld i nära relationer och där vårdcentralerna tar hand om en betydande andel besök.
Lidköping	BUP, BUM och HAB för diskussioner om de ska samverka för att möta de problem som finns. Primärvården har viss kompetensbrist vilket gör att BUP får ta ett visst första- linjeansvar.
Trollhättan	Vänersborgs kommun anges som ett exempel på goda samarbetsformer med samtliga vårdgrannar. VÄSTBUS upplevs fungera väl.

Uddevalla	Upplever VÄSTBUS som välfungerande. Skolorna missar däremot inte sällan att göra basutredningar och då går remissen tillbaka. Vårdcentralerna upplevs som alltför benägna att hänvisa till BUP.
Hisingen	I huvudsak välfungerande samverkan utifrån gränsdragningsdokumentet. VÄSTBUS fungerar på individnivå men inte strategiskt.
Frölunda torg	God samverkan med andra vilket bland annat resulterat i bättre remisser från vårdcentralerna. VÄSTBUS fungerar utmärkt.
Kungshöjd	Överlag beskrivs en välfungerande samverkan med vårdgrannarna. Vårdcentralernas kompetensbrist har minskat först under det senaste året efter påtryckningar från BUP.
Borås	Upplever att skolorna fungerar bra p.g.a. VÄSTBUS. Upplever dålig respons från vårdcentralerna vid konsultationsträffar. Upplever också att BUP till viss del bedriver förstalinjevård. Socialtjänsten har svårt att ta emot färdigbehandlade som väntar på placeringar.

Det är två faktorer som förändrats i relationen till vårdgrannarna under denna period. Det ena är att samverkansöverenskommelsen mellan regionen och kommuner (VÄSTBUS) har börjat fungera, framför allt när det gäller skolornas basutredningar för misstänkta neuropsykiatriska diagnoser. Den andra faktorn är att vårdcentralernas förstalinjeansvar har blivit tydligare i samband med vårdvalet och är beskrivet i KoK-boken.

6.4. Upplevda effekter av BUP-miljonerna på mottagningsnivå.

I granskningen har vi också ställt frågor till mottagningarna kring hur aktiviteterna varit kopplade till stimulanspengarna. Fyra av de åtta intervjuade enhetscheferna uppger att de inte sett till några stimulanspengar överhuvudtaget. Det går rykten i organisationen om att pengarna på högre organisatoriska nivåer använts för att täcka underskott eller satsningar på andra områden som exempelvis familjecentraler. Detta gäller inte Boråsmottagningen där kunskapen om BUP-miljonernas existens och användning är god.

Enligt intervjun med den person som samordnar rapporteringen av de statliga stimulansmedlen är det begripligt att vissa chefer på lägre nivåer inte har full kunskap om de stimulansmedel som når verksamheten. Medlen har fördelats under en längre period och på olika sätt av olika nämnder. Dessutom har många nya chefer tillkommit under denna period.

Intervjuerna vid mottagningarna visar ett tydligt mönster där trycket på personalen upplevs öka. Orsakerna beskrivs vara att antalet svårt sjuka patienter ökar med tyngre och längre behandlingar som följd och antalet patienter med neuropsykiatriska problem ökar markant. Dessa förhållanden råder även i de fall då första linjens vård har blivit bättre på att möta problemen. Det faktum att man ansträngt sig för att klara väntetidskravet på förstabesöket anges som en av flera orsaker till trycket på personalen men det går inte att klart urskilja vilka faktorer som är den viktigaste orsaken till upplevelsen till ökat tryck.

6.5. Bedömning

Det är tydligt att BUP-miljonerna haft en effekt på mottagningarnas sätt att arbeta. De allra flesta har prioriterat tillgängligheten till det första besöket. Detta visar den regionala statistiken och bekräftas av intervjuerna. Prioriteringen av förstabesöken är tydlig även om några intervjuade chefer uppger att de under senare tid börjat prioritera intensivare behandlingsprocedurer för de som är i behov av detta.

I övrigt kan vi inte se några direkta effekter av BUP-miljonerna på enhetsnivå. Ett undantag är de externa neuropsykiatriska utredningar som köpts in vid några mottagningar samt vissa extramottagningar som gjorts på kvällar. Det faktum att flera av de intervjuade enhetscheferna och verksamhetscheferna inte känner till exakt hur de fått ta del av BUP-miljonerna är i sig inte anmärkningsvärt eftersom både verksamheten och ekonomin är ganska komplex.

Intervjuerna pekar på att flera av aktiviteterna hade genomförts oberoende av stimulanspengarna. Det finns en mängd faktorer som gör att det är väldigt svårt att se sambanden mellan BUP-miljonerna och tillgängligheten. Remissflödet ökar något, svårighetsgraden ökar än mer, neuropsykiatriska utredningar ökar markant, barnkullars storlek varierar och vårdgrannarnas utbud varierar.

När det gäller de aktiviteter som gjorts gör vi bedömningen att en betydande del av pengarna enligt redovisningarna har gått till andra åtgärder än mottagningarnas inre arbetssätt. De utvecklingsprojekt som genomförts och som pågår för att effektivisera den inre logistiken är enskilda och förekommer bara vid vissa förvaltningar och på vissa mottagningar. Att stärka första linjen för att specialistvården ska kunna koncentrera sig på de svårast sjuka bedöms som helt adekvat men med tanke på att det just är tillgängligheten vid mottagningarna som varit i fokus hade det varit väl motiverat med en regional och övergripande satsning för att utveckla den inre effektiviteten specifikt för just barn- och ungdomspsykiatrin. De sena kökortningsaktiviteter som gjorts i form av extramottagningar m.m. ger inga bestående effekter. De kan vara nödvändiga för att komma i balans med ändrar inte arbetssättet.

7. Bedömningar och slutsatser

Syftet med föreliggande granskning är att bedöma effekten av den statliga tillgänglighetssatsningen för barn och unga med psykisk ohälsa som regionen har tagit del av under åren 2009-2012.

Nedan beskrivs svaret på respektive revisionsfråga i komprimerad form.

Revisionsfråga	Svar
Hur har tillgängligheten påverkats totalt vid Barn- och ungdomspsykiatrin i regionen?	Tillgängligheten har under hela perioden 2009-2012 varit god när det gäller tiden till förstabesöket. Detta trots att kraven skärptes 2011. Tillgängligheten till fördjupad utredning och behandling har försämrats. Främst beror det på att kriterierna för måluppfyllelse ändrats men en viss reell försämring kan även konstateras.
Har tillgänglighetsförbättringarna varit jämnt fördelade inom regionens mottagningar?	De förändringar av tillgängligheten som skett är ojämnt fördelade både mellan mottagningar och mellan sjukvårdsområden.
Hur har stimulanspengarna fördelats till verksamheten?	Pengarna har först hanterats av HSU som efter vissa generella satsningar fördelat vidare till HSN. Respektive HSN fördelar resterande medel utifrån lokala behov och möjligheter. HSU tar del av den noggranna uppföljning som görs till Socialstyrelsen av hur medlen används. BUP-miljonerna fördelas inte ut i vårdöverenskommelserna utan i ett specifikt spår. Fördelnings- och uppföljningsprocessen bedöms vara tydlig inom respektive sjukvårdsområde men det sker på olika sätt. Vid Fyrbodal och Södra Älvsborg sluts inga överenskommelser om hur medlen ska användas mellan HSN:erna och utförarstyrelserna.
Vilka åtgärder på mottagningsnivå har vidtagits för att förbättra tillgängligheten? o Har dessa åtgärder fått några andra negativa konsekvenser för patienter eller personal? o Är åtgärderna som vidtagits hållbara i ett längre perspektiv?	En stor del av medlen har använts till kompetens- och resursförstärkning inom BUP men framför allt inom första linjens vård. Detta bedöms som ändamålsenligt. Personalen upplever ett ökat tryck men det kan bara delvis kopplas till kravet på tillgänglighet. Erfarenheter från hälso- och sjukvården visar dock ofta att arbetet i en organisation med stora köproblem i hög grad upplevs som slitsamt av personalen. Däremot är bedömningen att medlen i för liten utsträckning använts för att stödja mottagningarna i arbetet med att utveckla de inre vårdprocessernas effektivitet. Det har varit ett starkt fokus på förstabesöket och villkoren för BUP-miljonerna. I flera fall har detta fått negativa konsekvenser för bland annat frekvensen i återbesök.

Har de enskilda mottagningarna fått ta del av stimulanspengarna och hur har de använts?	Detta varierar stort mellan olika mottagningar liksom vetskapen om att de faktiskt fått ta del av pengarna. Många tillgänglighetsskapande åtgärder är vidtagna oberoende av BUP-miljonerna.
Har regionen gjort några konsekvensutredningar av den eventuellt ökade följsamheten till vårdgarantin?	Nej
Har förändringar i ansvarsfördelningen eller organiseringen av ”första linjens vård” gjorts under den aktuella perioden?	Nej, men ett flertal åtgärder har vidtagits för att få första linjens vårdaktörer att kunna svara upp mot det förstalinjeansvar de har.

7.1. Slutsats och bedömning

Den övergripande slutsatsen är att den enda tydliga effekten av BUP-miljonerna är att alla fyra granskade sjukvårdsområden håller en god tillgänglighet till det första besöket. Detta är i sig en bra effekt eftersom svårt sjuka och kanske självmordsbenägna patienter då kan identifieras och få behandling. När det gäller tid till fördjupad utredning och behandling kan inte några positiva effekter kopplas till BUP-miljonerna vilket bedöms vara en brist. Det går inte att isolera vilken exakt effekt BUP-miljonerna haft men det kan konstateras att målet med god tillgänglighet inte är uppnått. Måluppfyllelsen har sjunkit på grund av skärpta krav men den har försämrats även bortsett från de skärpta kraven.

De medel som använts för att förstärka första linjens vård bedöms vara ändamålsenliga men det återstår arbete för att första linjen i praktiken tagit ett större ansvar för psykisk ohälsa. Däremot är bedömningen att medlen i för liten utsträckning använts för att effektivisera mottagningarnas inre vårdprocesser. De erfarenheter som dragits nationellt är att extramedel som tilldelas till verksamheter inte får några långvariga effekter om de inte används för att göra förändringar i system och arbetssätt. En god tillgänglighet kan skapas endast om det råder balans mellan behov och kapacitet. Det faktum att tillgängligheten totalt sett försämrats under en period då extra medel för tillgänglighet erhållits bör leda till analys och ställningstagande från nämnder, styrelser och HSU. Detta förhållande är ett ytterligare argument för att långsiktiga och processrelaterade insatser bör prioriteras i utvecklingsarbetet.

Hanterandet och fördelningen av BUP-miljonerna har skett på ett tydligt sätt och utifrån de riktlinjer för barn- och ungdomspsykiatrin som finns för regionen. Det faktum att det inte sluts några överenskommelser med utförarstyrelserna inom Fyrbodal och Skaraborg bedöms vara en brist av det skälet att utförarstyrelserna bör vara involverade i ett åtagande att förbättra tillgängligheten. Bedömningen är också att hanteringen av stimulansmedlen som helhet för skulle vinna på en mer likformig och tydlig styrning och uppföljning. I granskningen är det flera på verksamhetsnivå varit frågande inför vad dessa medel använts till. En av fördelarna med specifika utvecklingsmedel är att det kan skapas fokusering och krav på resultat i hela organisationen. Bedömningen är att Västra Götalandsregionen inte tillräckligt utnyttjat den möjligheten.

Fokuseringen på de kriterier som finns kopplade till BUP-miljonerna medför två risker för verksamheten och styrningen. Risken för verksamheten är att andra aspekter av tillgängligheten till återbesök och möjligheterna till intensiva behandlingsprocesser går förlorade. Risken för ansvariga styrelser och nämnder är att de inte i sin styrning har någon information om vilka konsekvenser en fokusering på förstabesök, väntetid till utredning och behandling för med sig. Risken för att nämnder och styrelser får en snedvriden bild av hur verksamheten fungerar är uppenbar.

7.2. Rekommendationer

Mot bakgrund av vad som framkommit i föreliggande granskning ges följande rekommendationer:

- Regionstyrelsen rekommenderas att ta initiativ till att styrningen, fördelningen och uppföljning av de statliga stimulansmedlen sker på ett enhetligt sätt i alla sjukvårdsområden så att utförarstyrelserna knyts upp i ett åtagande för de åtgärder som ska genomföras med hjälp av de statliga bidragen. En samlad bild av medlens användning är nödvändig för att utnyttja den utvecklingskraft som stimulansmedlen kan ge.
- Hälso- och sjukvårdsnämnderna och Hälso- och sjukvårdsutskottet rekommenderas att överväga bredare satsningar på effektivisering av mottagningarnas inre vårdprocesser i användandet av stimulansmedlen för arbetet med psykisk ohälsa hos barn- och ungdomar. Idag sker detta utvecklingsarbete alltför sporadiskt och okoordinerat i regionen och inriktningen mot långsiktiga förändringar i vårdprocess och arbetssätt bör förstärkas.
- Styrelser och nämnder rekommenderas överväga åtgärder för att få en mer fullständig bild av hur tillgängligheten ser ut vid BUP-mottagningarna. Den fokusering som idag sker på förstabesök, tid till fördjupad utredning och tid till behandling riskerar att ge en skev bild av tillgänglighetsläget.

Stockholm och Göteborg 2013-09-19

Anders Hellqvist
Verksamhetsrevisor
EY

Caroline Trowald
Verksamhetsrevisor
EY

Bilaga 1. Dokumentation och intervjuade funktioner

Genomförda intervjuer

- Medicinsk rådgivare, Hälso- och sjukvårdsavdelningen
- Samordnande chefsläkare, Närhälsan
- Rapporteringsansvarig gentemot Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsavdelningen
- Regionens väntetidsamordnare
- Planeringsledare för hälso- och sjukvårdskansliet
- Samordnare för strategiska utvecklingsfrågor inom psykiatri
- Ordförande i Hälso- och sjukvårdsutskottet
- Verksamhetschef BUP i Skas
- Enhetschef BUP i Lidköping
- Enhetschef BUP i Trollhättan
- Verksamhetschef NU-sjukvården
- Enhetschef BUP Hisingen
- Enhetschef BUP Frölunda torg
- Enhetschef BUP Kungshöjd
- Verksamhetschef SÄS/enhetschef samt representant för mellanvården BUP i Borås, SÄS

Dokumentförteckning

- Västra Götalandsregionens budget för 2013
- Krav och kvalitetsbok, förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG primärvård, 01-04-2012
- Vårdöverenskommelser 2013 mellan Hälso- och sjukvårdsnämnderna i Västra Götalandsregionen och styrelserna för SkaS, NU-sjukvården, SU samt SÄS
- ”Ett utvecklat samarbete, riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder”, November 2009, Västra Götalandsregionen
- Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa 2009-2013
- ”PRIO psykisk ohälsa - plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa som beslutades i maj 2012” Socialdepartementet, 2012 (S2012.006)
- Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatrin i VGR
- Verksamhetsanalys 2012, regionkansliet
- Inrapporterad väntetidsstatistik till SKL:s databas Signe under åren 2009-2012, tillhandahållen från regionens väntetidsamordnare
- Protokoll och handlingar knutna till beslut av fördelning av stimulansmedel
- Hälso- och sjukvårdskansliets redovisning av medlen till Socialstyrelsen
- Överenskommelser mellan HSN (Göteborg/Södra Bohuslän och Skas) och utförarstyrelserna kring användning av BUP-miljonerna

Bilaga 2 Revisionskriterier

Budget 2013
Under rubriken ”Jämlik hälsa social hållbarhet” i Regionens budget för 2013 framgår inledningsvis att regionen har ett mål om ett ökat psykiskt välbefinnande hos invånarna där den psykiska ohälsan är fortsatt hög bland unga. Det konstateras att detta ställer krav på att barn- och ungdomspsykiatrin arbetar mer konsultativt med elevhälsovård och ungdomsmottagningar där tidiga insatser ska säkerställas och individen ska inte uppleva eller utsättas för hinder i vårdkedjan.

Vidare anges att tillgängligheten till god vård måste säkerställas för att upprätthålla förtroendet för den solidariska sjukvårdsmodellen. Vårdgarantin är en patienträttighet där varje enskild patient ska kunna garanteras vård inom uppsatta tidsgränser.

Ramen för VG Primärvård, där vårdcentraler som kan remittera patienter vidare till BUP ingår, baseras på 2012 års nivå med justeringar för indexuppräkning och effektiviseringskrav samt för befolkningsförändring.

Vårdöverenskommelser
I vårdöverenskommelserna mellan de enskilda hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna finns endast övergripande formuleringar kring barn- och ungdomspsykiatrin. I vårdöverenskommelsen mellan HSN 6 respektive 8 och Södra Älvsborgs sjukhus är skrivningarna något mer utförliga kring hur BUP ska samverka med andra vårdaktörer men inget specifikt kring användandet av de statliga stimulansmedlen för psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Det finns särskilda överenskommelser mellan HSN:er i Skaraborg och Göteborg/Södra Bohuslän som beskriver ett åtagande beträffande vad som ska göras med hjälp av de fördelade stimulansmedlen.

Vårdöverenskommelserna används å ena sidan som bedömningskriterier för att bedöma om det som har beslutats också blivit genomfört, å andra sidan som ett dokument att granska hur medlen fördelas och används.

Uppdrag att genomföra en översyn av neuropsykiatrisk vård
I 2013 års budget gav fullmäktige regionstyrelsen i uppdrag att utarbeta en regionalmedicinsk riktlinje för den neuropsykiatriska vården av barn och unga. Hälso- och sjukvårdsdirektören gav i sin tur de 5 april ett uppdrag till sektorsråden i barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomshabiliteringen och detta ska slutredovisas i november 2013. Riktlinjen ska enligt uppdragsformuleringen beskriva behov och utbud, ansvarsfördelning, konsultationsordning och samverkan. I uppdraget ingår även att beskriva hur riktlinjen ska implementeras.