

Internrevisjonsrapport 03/2021

**Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse
innen psykisk helsevern for voksne i
Helgelandssykehuset HF**

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 23.06.2021

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn.....	4
2 Formål og omfang.....	5
2.1 Formål med revisjonen.....	5
2.2 Omfang og avgrensninger.....	5
2.3 Regelverk og føringer.....	5
2.4 Revisjonskriterier.....	6
3 Metoder.....	7
4 Observasjoner og vurderinger.....	8
4.1 Mål og risikovurderinger.....	8
4.1.1 Observasjoner.....	8
4.1.2 Internrevisjonens vurderinger av mål og risikovurderinger.....	18
4.2 Tiltaksplaner og gjennomføring av tiltak.....	19
4.2.1 Observasjoner.....	19
4.2.2 Internrevisjonens vurderinger av tiltaksplaner og tiltaksgjennomføring...	24
4.3 Rapportering og oppfølging.....	25
4.3.1 Observasjoner.....	25
4.3.2 Internrevisjonens vurderinger av rapportering og oppfølging.....	26
5 Konklusjon og anbefalinger.....	27
5.1 Konklusjon.....	27
5.2 Anbefalinger.....	27

Vedlegg:

1. Dokumentoversikt
2. Måleresultater psykisk helsevern for voksne
3. Journalgjennomgang
4. Utførte analyser

Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Helgelandssykehuset i perioden februar 2021 – juni 2021.

Formål og omfang av revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Helgelandssykehuset har styring og kontroll med ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne (PHV).

Metoder

Internrevisjonen er gjennomført ved gjennomgang av dokumenter og indikatorresultater, intervjuer, journalgjennomganger, dataanalyser og spørreundersøkelse.

Konklusjon

Internrevisjonen konstaterer at gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne i Helgelandssykehuset kortere enn 40 dager våren 2021, og at dette også gjelder ventetiden for ventende pasienter. Vår konklusjon er at det er etablert en tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen gjennom risikovurderinger og god systematikk for oppfølging av måloppnåelse i lederlinjen. Det er imidlertid avdekket variasjon i kapasitetsutnyttelse og i faglig praksis som bør innarbeides i risikovurderinger og tilhørende tiltaksplaner. Internrevisjonen anbefaler derfor forbedringstiltak.

Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helgelandssykehuset å:

1. Oppdatere og utvide den gjennomførte risikovurderingen av de overordnede målene ved å innarbeide de belyste risikoområdene knyttet til variasjon i praksis, jf. kap. 4.1.2.
2. Styrke og operasjonalisere tiltaksplanen i Enhet for psykisk helse og rus, basert på utvidet risikovurdering og svakheter som er belyst i kap. 4.2.2.
3. Følge opp at tiltakene i den oppdaterte tiltaksplanen gjennomføres og evalueres.
4. Formalisere interne kontrollrutiner knyttet til ventelister og kvalitetssikring av henvisningsdata, med utgangspunkt i regional prosedyresamling, DS8332.

1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Helgelandssykehuset HF (HSYK) i perioden februar 2021 – juni 2021. Internrevisor Hege Knoph Antonsen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Janny Helene Aasen har hatt det overordnede ansvaret. Tilsvarende revisjon gjennomføres også i de øvrige sykehusforetakene i regionen.

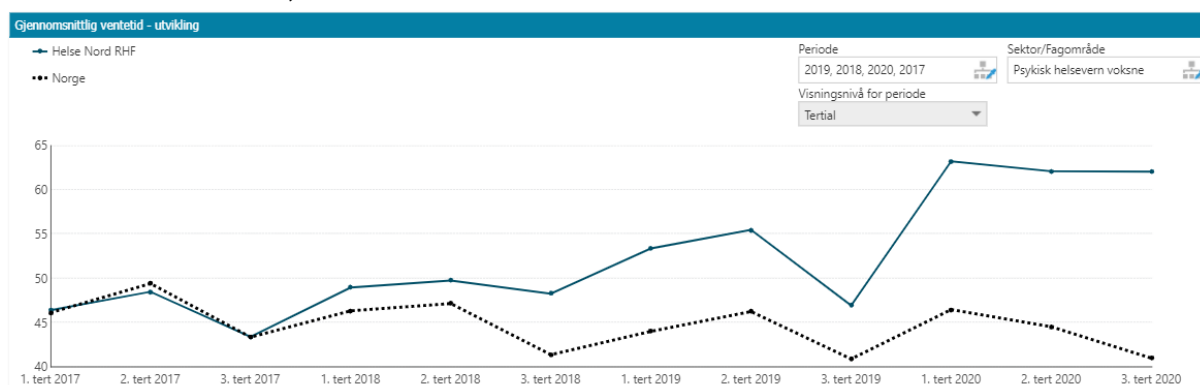
Revisjonen har bestått av:

- Melding om internrevisjon sendt 08.02.2021
- Dokumentgjennomgang av innhentede dokumenter
- Intervjuer og journalgjennomgang gjennomført digitalt
- Gjennomgang av resultater fra Helsedirektoratet.no og fra Helse Nord LIS¹
- Analyser basert på data fra DIPS-rapporter
- Spørreundersøkelse blant avdelingsledere for polikliniske avdelinger
- Oppsummeringsmøte 22.04.2021
- Rapportutkast sendt 31.05.2021 og tilbakemelding mottatt 22.06.2021

1.1 Bakgrunn

Det er et nasjonalt og regionalt styringsmål å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Etter 2017 har gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord, ligget høyere enn landsgjennomsnittet, jf. Figur 1.

Figur 1. Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne, 2017-2020.



Kilde: Helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter-tertiar

Både rapporten *Bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i Nord-Norge, 2015-2017* (SKDE, nov. 2019) og *Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling, for årene 2014-2018* (Helse Førde HF, juni 2020) viser at det er store geografiske forskjeller i helsehjelpen til pasienter. SKDE påpeker i sin rapport at «Forskjeller i faglig praksis er

¹ Helse Nord LIS: Virksomhetsportalen/datavarehusløsningen som benyttes i regionen, også kalt SAS VA.

en viktig årsak til geografisk variasjon i bruk av tjenester» (2019, pkt. 6.2.3). I rapportens oppsummering sies det:

Vi fant stor og uberettiget variasjon innad i Helse Nord, både når det gjelder bruk av polikliniske kontakter, institusjonsopphold og oppholdsdøgn innen PHV og TSB. Hvor stor del av variasjonen som skyldes tilfeldigheter, variasjon i sykelighet eller ulik arbeidsdeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og hvor stor del som skyldes ulik faglig praksis i spesialisthelsetjenesten, er ukjent.

Styret i Helse Nord RHF ba i sak 45-2020, *Årlig melding 2019*, om fortsatt betydelig oppmerksomhet på arbeidet med å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Styret har også bedt om, og fått, en rekke orienteringer om situasjonen innen psykisk helse og rus, blant annet i styresak 94-2020. Her ble det orientert om at alle helseforetakene hadde utarbeidet tiltaksplaner tilpasset lokale utfordringer for å bedre måloppnåelsen i 2020. Dette var før covid-19-pandemien inntraff.

2 Formål og omfang

2.1 Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Helgelandssykehuset har styring og kontroll med ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne (PHV).

2.2 Omfang og avgrensninger

Revisjonen har omfattet foretakets arbeid med sikte på å redusere unødvendig ventetid til helsehjelp og unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen psykisk helsevern for voksne.

Revisjonen har hatt hovedvekt på poliklinisk virksomhet.

Følgende er ikke omfattet av denne revisjonen:

- vurderinger av om faglige vurderinger for enkeltpasienter var riktige
- ivaretagelse av informasjonsplikten til pasienter og pårørende
- gjennomføringen av rekrutteringstiltak

2.3 Regelverk og føringer

Følgende regelverk og nasjonale føringer er særlig aktuelle i denne revisjonen:

- Lov om pasient- og brukerrettigheter, §§ 2-1b og 2-2
- Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd
- Prioriteringsveileder, Psykisk helsevern for voksne, Helsedirektoratet, nov. 2015

- Forskrift om ventelisteregistrering
- Lov om spesialisthelsen m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), § 2-1
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (ledelsesforskriften)
- Rundskriv IS-2331, Ventelisterapportering til Norsk pasientregister, Helsedirektoratet (utgitt 10/2015, revidert 01/2019)

Regionale føringer:

- Oppdragsdokumentene fra Helse Nord RHF til foretakene for 2020 og 2021
- RL1602, Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord
- MS0295, Risikostyring 2020 i foretaksgruppen – overordnede mål
- DS8332, Ventelister, kontinuerlig kvalitetssikring og oppfølging fristbrudd EPJ DIPS
- DS8484, Henvisningsprosedyrer EPJ DIPS

2.4 Revisjonskriterier

Følgende fokusområder og kriterier er lagt til grunn for internrevisjonens arbeid og vurderinger:

1. Mål og risikovurderinger
 - a. Ledere er kjent med resultatutviklingen for relevante indikatorer for ventetid og kapasitetsutnyttelse innenfor eget ansvarsområde.
 - b. Det overordnede styringsmålet om å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, inngikk i foretakets risikostyring for 2020 og inngår for 2021.
 - c. Det overordnede styringsmålet er brutt ned, og to-fem underliggende målsettinger for psykisk helsevern er prioritert og risikovurdert.
2. Tiltaksplaner og gjennomføring av tiltak
 - a. Det er besluttet tiltak som er egnet til å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.
 - b. Foretaket gjør bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende som del av forbedringsarbeidet.
 - c. Tiltakene er klart definert med hensyn på innhold, frist og ansvarlig.
 - d. Tiltakene er egnet til å nå målene om økt bruk av digitale skjemaer, video- og telefonkonsultasjoner og digital hjemmeoppfølging.
 - e. Tiltakene gjennomføres som planlagt.
3. Rapportering og oppfølging
 - a. Gjennomføring av besluttede tiltak følges opp i lederlinjen.
 - b. Det evalueres om gjennomførte tiltak har ønsket effekt på resultatoppnåelsen og risikobildet, og iverksettes eventuelt korrigerende tiltak.
 - c. Styret får pålitelig informasjon om: måloppnåelse, risiko for manglende måloppnåelse, samt tiltak for å øke måloppnåelsen.

3 Metoder

Følgende metoder er benyttet i revisjonsoppdraget:

Dokumentgjennomgang:

Dokumenter mottatt fra Helgelandssykehuset, eller innhentet fra foretakets websider, er gjennomgått og vurdert opp mot revisjonskriteriene, samt benyttet i forberedelser til intervjuene. Se *Vedlegg 1 – Dokumentoversikt*.

Gjennomgang av måleresultater, utvalgte indikatorer:

Resultater for utvalgte indikatorer, publisert på Helsedirektoratet.no eller i Helse Nord LIS, er benyttet i planlegging av revisjonen og vurdert opp mot revisjonskriteriene. Se *Vedlegg 2 – Måleresultater*.

Intervjuer:

Det er gjennomført intervjuer med områdesjefer, avdelingsledere, behandlere, forløpskoordinatorer og kontorpersoneell ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk Mo i Rana (VOP Mo i Rana) og ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk Mosjøen (VOP Mosjøen), samt med enhetsdirektør og ass. enhetsdirektør i Enhet for psykisk helse og rus. I tillegg er det gjennomført intervju med kvalitetsleder og med administrerende direktør. Til sammen har 18 personer deltatt i intervjuer, alle er gjennomført digitalt.

Journalgjennomgang:

Et utvalg av journaler er gjennomgått med sikte på å undersøke om:

- a) begrunnelse for avvisning av henvisninger er dokumentert
- b) det er dokumentert at det er en spesialist (overlege eller psykologspesialist) som har gjort rettighetsvurderingen
- c) behandlingsplan er utarbeidet

Se *Vedlegg 3 – Journalgjennomgang*.

Analyser for å belyse risiko eller for å undersøke tiltaksgjennomføring:

Det er gjennomført følgende analyser basert på data fra DIPS-rapporter:

1. Andel avviste henvisninger
2. Antall pasienter pr. ansatt behandler
3. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner pr. dag pr. behandler
4. Hyppighet av konsultasjoner for utvalgte diagnosegrupper
5. Antall konsultasjoner og varighet av behandlingsforløp for utvalgte diagnosegrupper

Se *Vedlegg 4 – Utførte analyser*.

Spørreundersøkelse:

De fire avdelingslederne for polikliniske avdelinger innen voksenpsykiatri i Helgelandssykehuset: Voksenpsykiatrisk poliklinikk Mo i Rana, Voksenpsykiatrisk poliklinikk Mosjøen, Voksenpsykiatrisk poliklinikk Sandnessjøen og Voksenpsykiatrisk poliklinikk Brønnøysund, ble bedt om å besvare en spørreundersøkelse som hadde til

hensikt å kartlegge situasjonen knyttet til temaene: vurdering av henvisninger, timeplanlegging, pågående utrednings- og behandlingsforløp, målsettinger og forbedringsarbeid, samt vurdering av måloppnåelse. Alle fire svarte.

På grunn av revisjonens metodevalg, har internrevisjonen gjennomført en personvernkonssekvensvurdering, og denne er gjennomgått av personvernombudet i Helse Nord RHF.

4 Observasjoner og vurderinger

4.1 Mål og risikovurderinger

4.1.1 Observasjoner

4.1.1.1 Kjennskap til mål og resultatutvikling

Det nasjonale ventetidsmålet om at gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern for voksne i 2021 er godt kjent i Enhet for psykisk helse og rus. Det samme gjelder målet om at minst 15 % av konsultasjonene skal gjennomføres over video eller telefon i 2021. Enheten har faste, ukentlige ledermøter, hvor forankring og oppfølging av gjeldende mål inngår som tema.

Enkelte andre mål relatert til ventetid og kapasitetsutnyttelse fra *Oppdragsdokument 2021*² er lite kjent for flere av lederne, eksempelvis:

- Overholde minst 95 % av pasientavtalene innen utgangen av 2021.
- Øke andelen planlagte konsultasjoner med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020.

Resultater på nasjonale indikatorer for ventetid og kapasitetsutnyttelse publiseres på Helsedirektoratet.no, jf. *Vedlegg 2*. Her inngår indikatoren «gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede», som viser at Helgelandssykehuset har hatt ventetid innen PHV under landsgjennomsnittet de fleste måneder siden januar 2019. Ventetiden var lavere enn 40 dager både i mars og april 2021. Den interne fordelingen i Helgelandssykehuset er illustrert i Figur 2 nedenfor.

² Oppdragsdokument 2021 fra Helse Nord RHF til helseforetakene i regionen

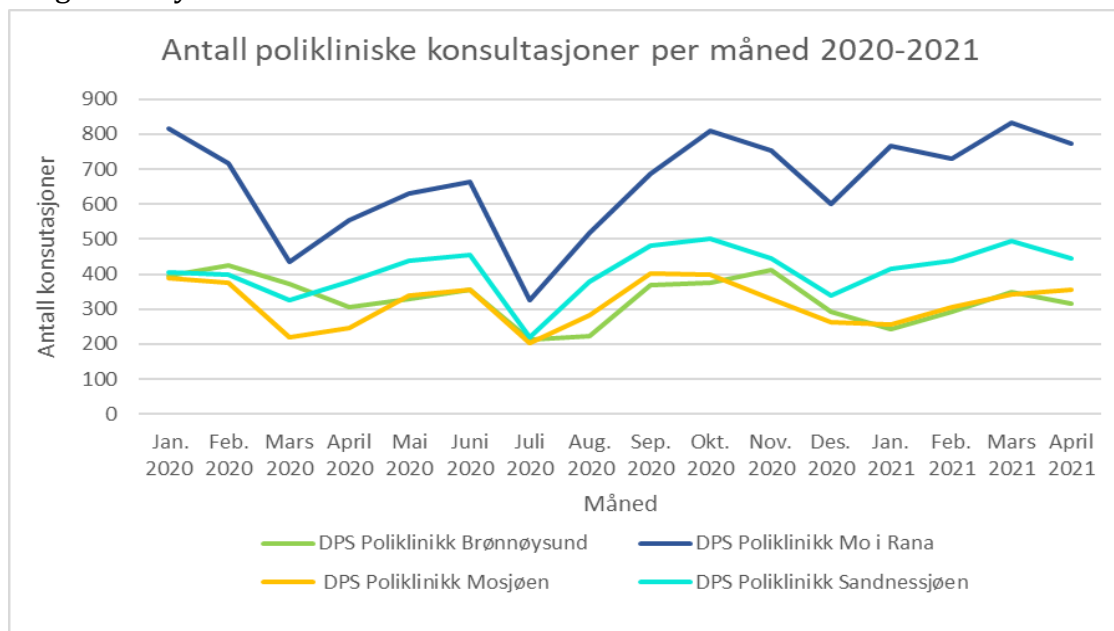
Figur 2. Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede, utvikling per «institusjon» i Helgelandssykehuset



Kilde: HelseDirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter

I tillegg kan det finnes relevante resultater via Helgelandssykehusets virksomhetsportal i Helse Nord LIS, tilrettelagt for enhetens behov. Her er det mulig å framstille resultater mer detaljerte, blant annet på organisatorisk nivå. Lederne har fått konkret opplæring i bruk av portalen, og de fleste har opplyst at de benytter denne aktivt. Basert på tall i Helse Nord LIS, har internrevisjonen utarbeidet oversikt over utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner, jf. Figur 3.

Figur 3. Antall konsultasjoner innen PHV per distriktpsikiatrisk lokasjon i Helgelandssykehuset



Kilde: Basert på data i Helse Nord LIS. Oversikten omfatter polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne, inkludert telefonsamtaler med egenandel.

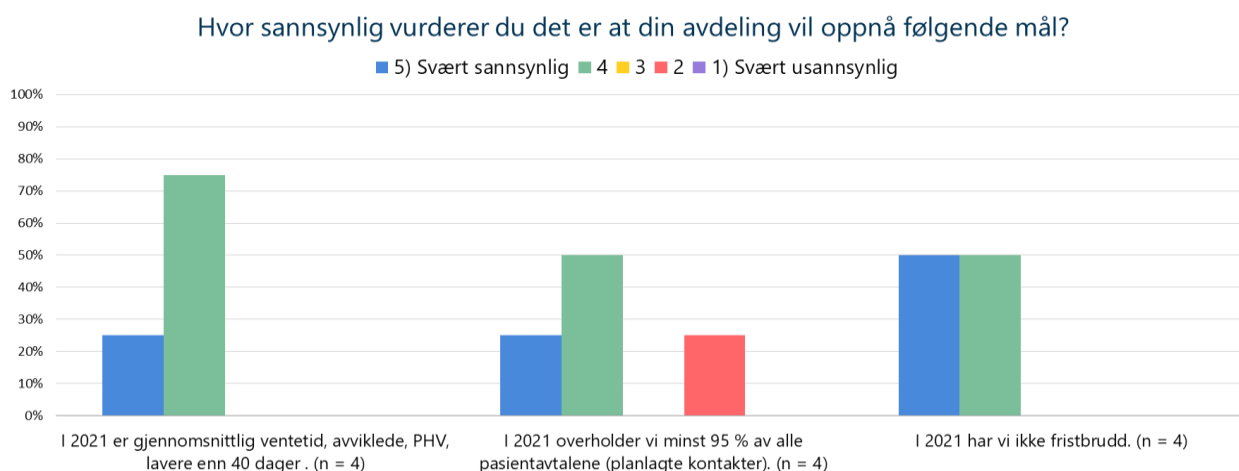
4.1.1.2 Risikostyring og oppfatninger om risiko

Helgelandssykehuset har gjennomført risikovurderinger for 2020 og 2021, bl.a. av målene om ventetid, overholdelse av planlagt tid, og prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling.

Som grunnlag for foretakets risikovurdering i 2021, gjennomførte Psykisk helse- og rusenheten en egen risikovurdering av kravet om å prioritere psykisk helsevern og rusbehandling. Her ble åtte underliggende kritiske suksessfaktorer (KSF-er) vurdert, blant annet om gjennomføring av pakkeforløp, utarbeidelse av behandlingsplan, epikrisetid og gjennomsnittlig ventetid. Dokumentasjonen viser at risikonivået for KSF-en «Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst» ble vurdert til «Lav» (grønt risikonivå). KSF-en «Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for PHV» og de øvrige seks KSF-ene ble vurdert til «Middels» (gult) risikonivå, både før og etter nye tiltak. Målet om 95 % overholdelse av planlagt tid inngikk ikke i enhetens risikovurdering.

Avdelingsledernes oppfatninger om sannsynligheten for måloppnåelse i egen enhet, slik dette framkom i spørreundersøkelsen, er illustrert i Figur 4.

Figur 4. Utdrag av resultater fra spørreundersøkelsen – sannsynlighet for måloppnåelse



Både avdelingsledere og behandlere ga i stor grad uttrykk for at «Vi har en god balanse mellom å ta inn nyhenviste og å gi god oppfølging i pågående forløp».

4.1.1.3 Internrevisjonens undersøkelser for å belyse risiko

I rapporten *Bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i Nord-Norge, 2015-2017* (SKDE, 2019) ble det oppgitt at forskjeller i faglig praksis er en viktig årsak til den påviste variasjonen, jf. kap. 1.1. Internrevisjonen har derfor valgt å se nærmere på risikoen for unødvendig variasjon i praksisen ved å belyse:

- Risiko for at vurderingspraksis er ulik eller avviker fra nasjonale retningslinjer
- Risiko for unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelse
- Risiko for unødvendig variasjon i pasientforløpene

4.1.1.3.1 Risiko for ulik vurderingspraksis

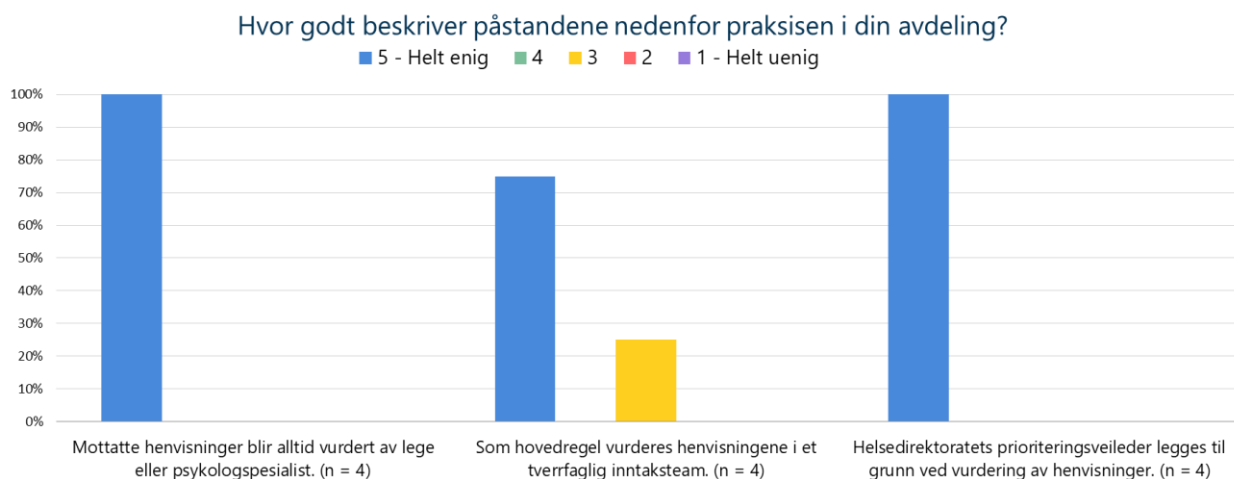
Helsedirektoratets *Prioriteringsveileder for psykisk helsevern for voksne* skal være en beslutningsstøtte ved vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Denne gir råd om tildeling av rettighetsstatus og om maksimumsfrist for start av helsehjelp for de pasientene som tildeles «rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten». Anbefalingene gjelder på gruppenivå, og veilederen beskriver at «*det skal også vurderes om det er andre forhold ved pasienten som skulle tilsi en annen rettighetsvurdering og eventuell frist enn det som er anbefalingen for tilstandsgruppen som pasienten tilhører*».

I intervjuer har internrevisjonen fått opplyst at henvisningene alltid vurderes av en spesialist, og at vurderingen i all hovedsak gjøres av et inntaksteam i ukentlige inntaksmøter. Sammensetningen av inntaksteamene er oppgitt å være:

- VOP Mo i Rana: psykiater, psykologspesialist og avdelingsleder.
 - VOP Mosjøen: to psykologspesialister, ruskonsulent og avdelingsleder.
- Vår journalgjennomgang har bekreftet at det journalføres hvilken spesialist som har ansvar for vurderingen, men at det ikke framkommer hvem andre som har deltatt i inntaksteamet.

Vi har videre fått opplyst at den nasjonale prioriteringsveilederen legges til grunn for vurderingen, men at det i liten grad blir journalført hvilke individuelle hensyn som vektlegges ved fristfastsettelse. Informasjonen samsvarer godt med svarene i spørreundersøkelsen, jf. Figur 5.

Figur 5. Utdrag av resultater fra spørreundersøkelsen – vurderingspraksis



Pasientene som innvilges rett til helsehjelp blir som oftest fordelt til aktuell behandler i inntaksmøtet, eventuelt ved at avdelingsleder fordeler på et senere tidspunkt.

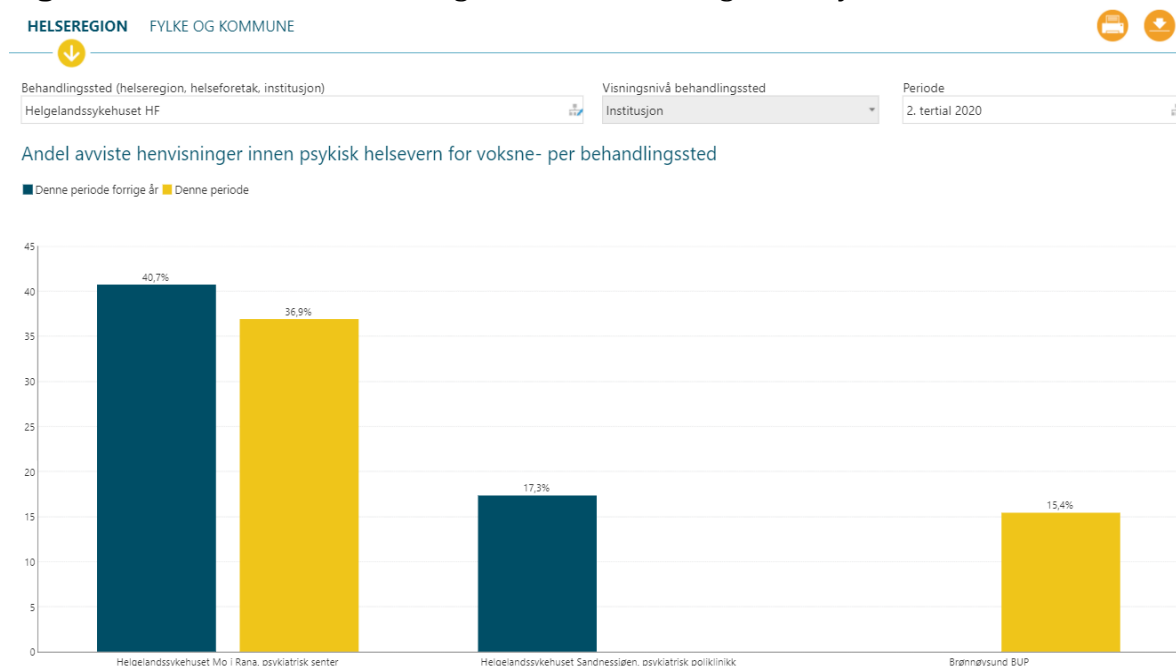
Internrevisjonen har fått opplyst at det varierer hvordan man håndterer henvisninger som inneholder for lite informasjon til en reell rettighetsvurdering. Noen ganger etterspør man tilleggsopplysninger, og andre ganger tas pasienten inn til en

vurderingssamtale for å avklare behovet nærmere. Enkelte presiserte også at slike henvisninger ikke skal avvises som følge av at de er mangelfulle.

Gjennom intervjuene framkom det ulike syn på bruken av vurderingssamtaler og registreringspraksisen i tilknytning til dette. Basert på disse opplysningene oppfatter internrevisjonen at pasienten i noen tilfeller innkalles til en vurderingssamtale for å avklare behovet for helsehjelp nærmere. I disse tilfellene registreres ventetid sluttdato, og pasienten settes deretter på intern venteliste i påvente av kapasitet til videre utredning og behandling. I intervju ble det også uttalt at vurderingssamtaler benyttes for å unngå fristbrudd før behandler tildeles. Andre trakk fram at denne praksisen gir utfordringer med pakkeforløpenes tidsfrist for utredning og klinisk beslutning, ettersom pakkeforløpet bør registreres som startet ved vurderingssamtalen.

En av de nasjonale styringsindikatorerne er «Andel avviste i psykisk helsevern for voksne». Avviste henvisninger er her definert som henvisninger der pasienten er vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Figur 6 nedenfor viser de sist publiserte indikatorresultatene³. Her framkommer det at det mangler data fra Mosjøen og Sandnessjøen for 2. tertial 2020. Mo i Rana hadde vesentlig høyere andel enn gjennomsnittet i Helse Nord 2. tertial 2020 (21,7 %).

Figur 6. Andel avviste henvisninger innen PHV i Helgelandssykehuset, 2. tertial 2020



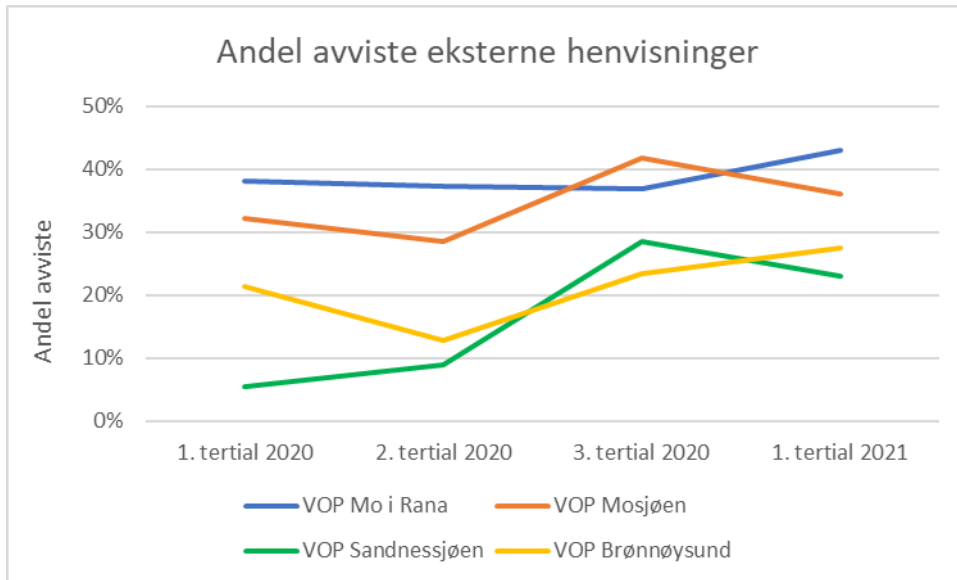
Kilde: HelseDirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten – sist oppdaterte data

Det er ikke tilgjengeliggjort data for andel/antall avviste i Helse Nord LIS, og lederne hadde ikke kjennskap til avvsningsandel i egen avdeling. Internrevisjonen har

³ HelseDirektoratet oppgir på sin nettside at indikatoren er «under oppdatering» per mai 2021.

imidlertid fått opplyst at informasjon om andel avviste inngår i månedlige tilbake-meldingsrapporter fra Norsk pasientregister (NPR) om pakkeforløp, i tillegg til i DIPS. Vår analyse basert på journaluttrekk viser at alle VOP-ene i foretaket har relativt høy andel avviste, særlig VOP Mo i Rana og VOP Mosjøen, jf. Figur 7 og Vedlegg 4.

Figur 7. Andel avviste henvisninger – interne tall



Kilde: DIPS-rapport 6813

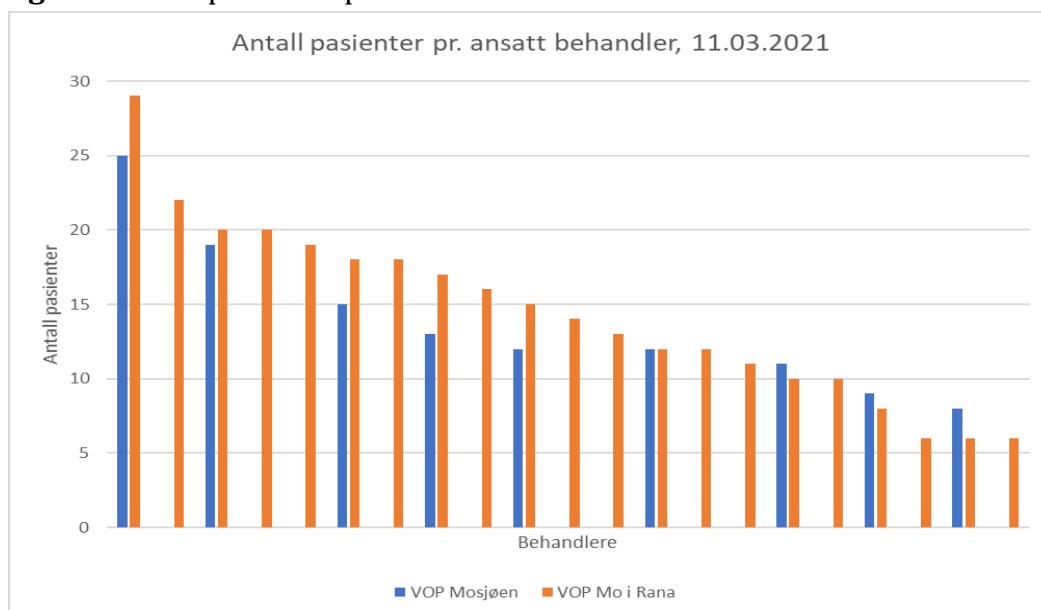
Internrevisjonens journalgjennomgang viste at begrunnelse for avvising blir dokumentert, og at den dominerende årsaken er at det ikke er medisinsk indikasjon for behandling i spesialisthelsetjenesten, jf. Vedlegg 3. Vi konstaterer imidlertid at VOP Mosjøen konsekvent har registrert avvisingkode «Årsaker andre» når det ikke tildeles rett til helsehjelp. I regional retningslinje RL5959 er det presisert at denne kun bør brukes når det ikke finnes annen relevant kode.

Foretaket har innarbeidet en rutine der man en gang i året utveksler og diskuterer henvisninger mellom avdelingene for å samstemme vurderingspraksisen.

4.1.1.3.2 Risiko for unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelse

I intervjuene har vi fått opplyst at avdelingsleder følger med på hvor mange pasienter den enkelte behandler har på sin behandlingsliste, men at dette varierer ut fra kompleksitet i de aktuelle pasientforløpene. Figur 8 viser variasjonen i antall pasienter pr. behandler både mellom VOP Mo i Rana og VOP Mosjøen, og innad i enhetene. Det framkommer at det er størst variasjon internt i VOP Mo i Rana, men at antallet pasienter pr. behandler er høyere her enn i VOP Mosjøen.

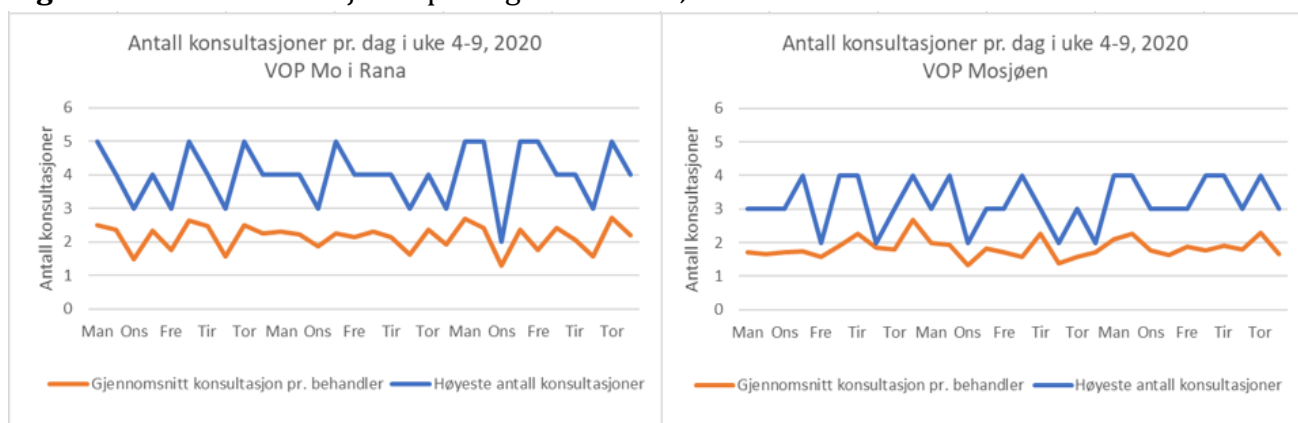
Figur 8. Antall pasienter pr. behandler



Kilder: D-1117, Pasienter pr. behandler pr. 11.03.2021 og Oversikt over ansatte pr. mars 2021. Ekskl.: ass. avdelingsleder VOP Mo i Rana og LIS.

Vi har videre fått opplyst at man har en intern forventning om at den enkelte behandler i gjennomsnitt skal ha minst tre konsultasjoner pr. dag, og internrevisjonen har derfor analysert aktiviteten i et slikt perspektiv. Figur 9 og 10 viser at verken VOP Mo i Rana eller VOP Mosjøen har hatt gjennomsnittlig tre konsultasjoner pr. behandler pr. dag i ukene 4-9, 2020 eller i ukene 2-7, 2021. I analysene er det imidlertid ikke tatt hensyn til behandlerens stillingsstørrelse eller tilsetningsforhold.

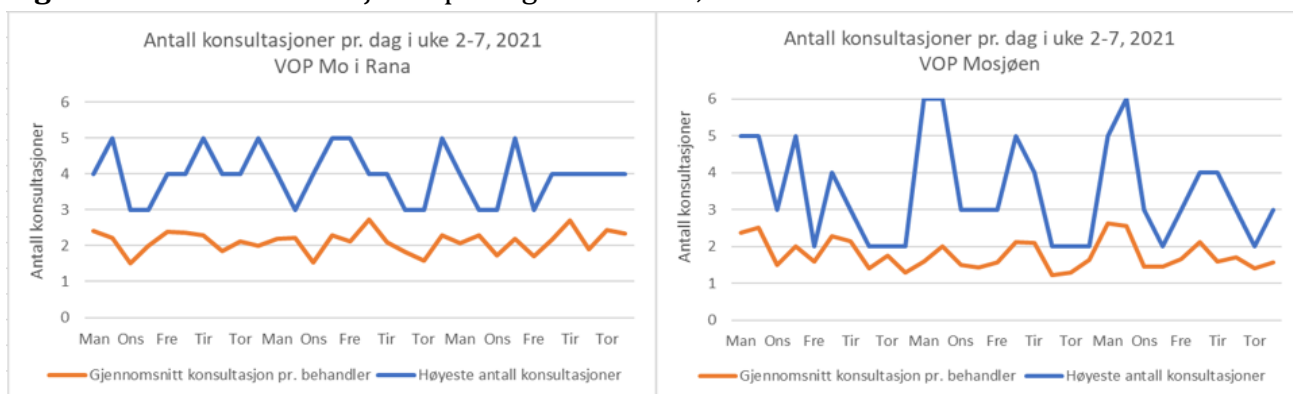
Figur 9. Antall konsultasjoner pr. dag i ukene 4-9, 2020



Kilde: D-6817, Oversikt polikliniske besøk i periode.

Oversikten inkluderer direkte pasientkontakt, samt indirekte pasientkontakt i form av telefonkonsultasjoner m/egenandel. Gjennomsnitt pr. dag er beregnet ut fra alle som har hatt minst 1 konsultasjon den enkelte dag. Hver gruppebehandling er i denne analysen telt som 1 konsultasjon. Behandlerne med < 10 konsultasjoner i 6-ukersperioden er ekskludert. Linjeledere er ekskludert.

Figur 10. Antall konsultasjoner pr. dag i ukene 2-7, 2021



Kilde: D-6817, Oversikt polikliniske besøk i periode. Som Figur 9

Internrevisjonen har fått opplyst at PHR-enheten ikke har tatt i bruk rapporten fra SKDE (2019) og Helseatlas (2020), omtalt i kap. 1.1, til internt forbedringsarbeid. Helseatlasets påviste blant annet store variasjoner i bruken av polikliniske konsultasjoner for årene 2014-2018. Figur 11 og Figur 12 er utdrag fra dette helseatlasets som viser variasjoner i kontaktrate for polikliniske pasienter innen psykisk helsevern for voksne. Her framkommer det at pasienter i boområdene Helgeland og UNN hadde høyest kontaktrate i helseforetakene i Nord-Norge, men likevel lavere enn landsgjennomsnittet. Ytterligere nedbryting viser at Ytre Helgeland hadde den klart høyeste raten av DPS-områdene i Helse Nord.

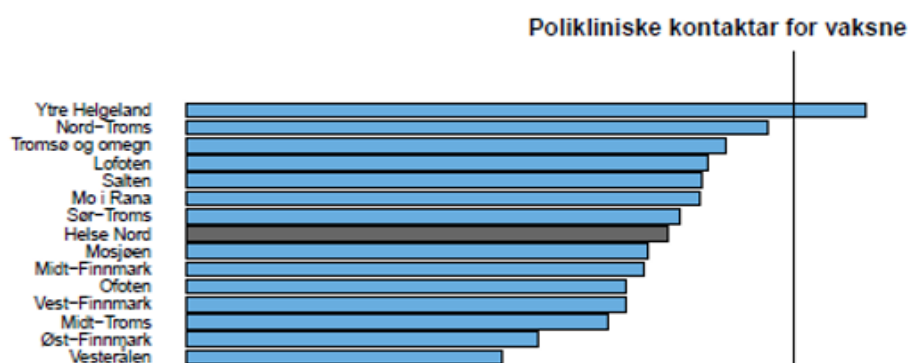
Figur 11. Utdrag fra Helseatlas – kontakter pr. pasient fordelt på boområder

Buområde	Kontakatar per pasient	
	i PHV og TSB	hos avtalespesialist
Bergen	15,9	10,8
Lovisenberg	12,9	16,3
OUS	12,0	15,2
Diakonhjemmet	11,3	15,6
Vestfold	13,2	11,1
Stavanger	13,1	11,3
Ahus	12,0	13,9
Sørlandet	13,0	9,1
St. Olavs	12,0	11,2
Vestre Viken	10,7	13,6
Innlandet	10,6	11,2
Telemark	11,2	9,1
Møre og Romsdal	11,0	9,7
UNN	10,4	13,1
Helgeland	10,4	15,0
Nordland	9,7	11,7
Fonna	10,9	7,0
Nord-Trøndelag	10,0	9,2
Østfold	9,1	11,3
Førde	8,6	7,7
Finnmark	8,3	7,4
Noreg	12,0	12,3

Kilde: Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling – Juni 2020, Tabell A.2. Internrevisjonens røde markering.

Tabell A.2: Poliklinisk behandling for voksne i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidinger. Tal kontakatar per pasient splitta mellom psykisk helsevern (PHV) og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidningar (TSB), og avtalespesialist (Avt.), fordelt på buområde og landet. Tala representerer gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018 og gjeld voksne i alderen 18-64 år.

Figur 12. Utdrag fra Helseatlas – kontaktrate fordelt på DPS-områder i Helse Nord

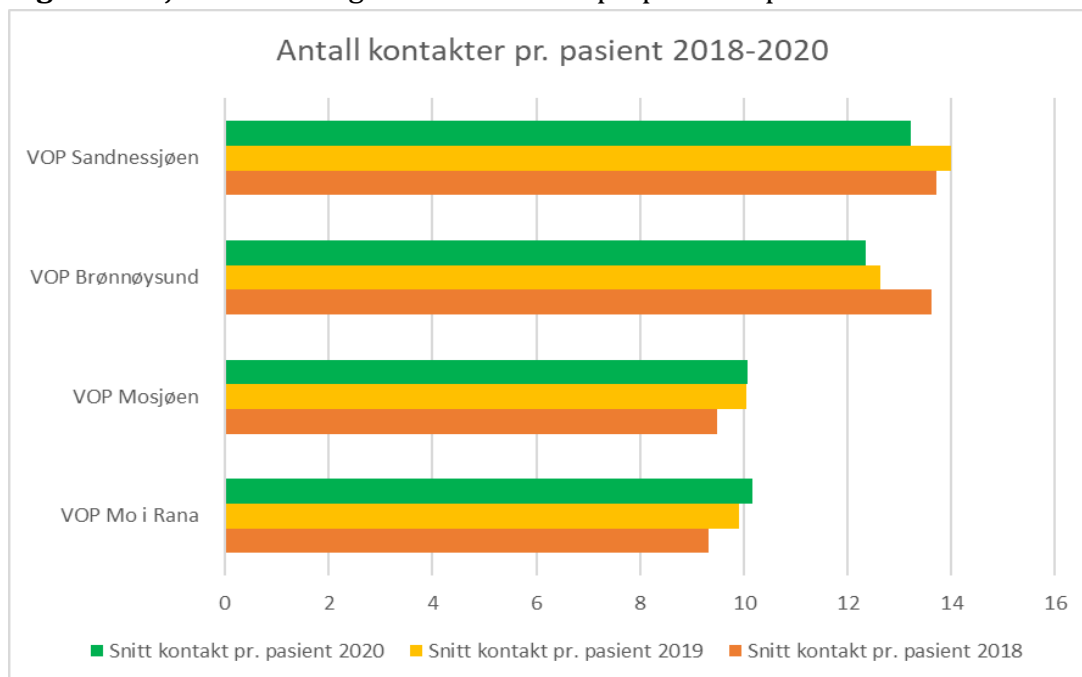


Kilde: Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling – Juni 2020, utdrag fra Figur 4.22.

Figur 4.22: Kontaktrate fordelt på DPS-område og RHF. Poliklinisk behandling for voksne (18-64 år) i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar. Tal kontakter per 1 000 innbyggjarar, fordelt på DPS-område og landet. Søylen viser gjennomsnittsverdiar per år for perioden 2014-2018. Ratane er justert for alder og kjønn. Stjerne: fleire DPS-område er slått saman, sjå vedlegg B.

Internrevisjonen har gjort en lignende analyse for årene 2018-2020. Figur 13 nedenfor viser at det også i disse årene har vært en betydelig høyere kontaktrate ved VOP-ene i Ytre Helgeland, enn ved VOP Mo i Rana og VOP Mosjøen, men at forskjellen er noe redusert i løpet av perioden.

Figur 13. Gjennomsnittlig antall kontakter pr. pasient i periode 2018-2020



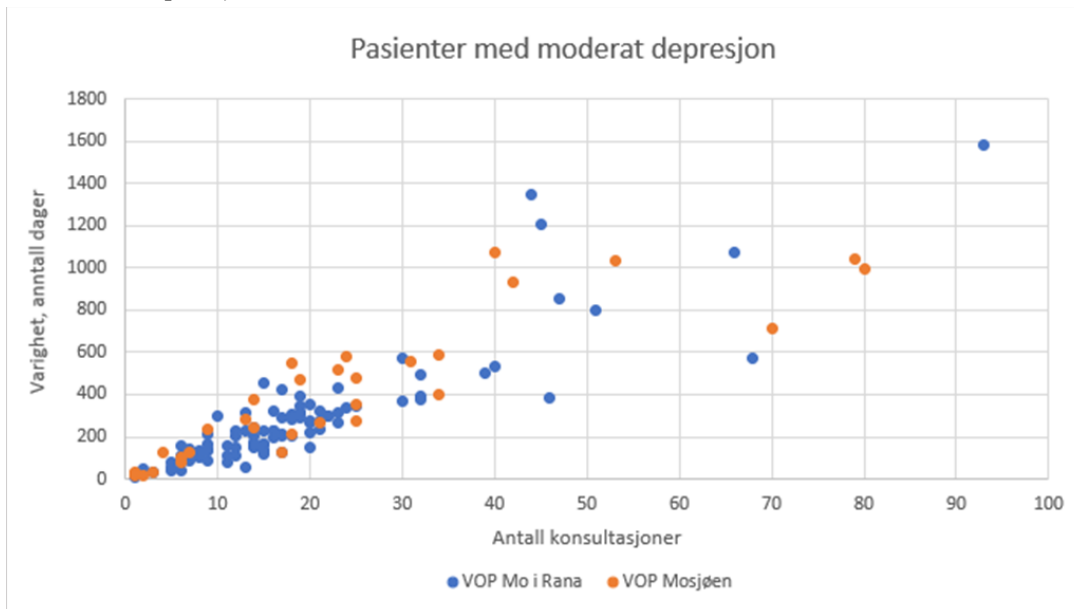
Kilde: Basert på data fra Helse Nord LIS. Sammenstilling av antall polikliniske konsultasjoner og antall pasienter.

4.1.1.3.3 Risiko for unødvendig variasjon i pasientforløpene

Internrevisjonen har gjort uttrekk fra DIPS for å belyse om det er variasjon i hvor lenge pasientene får behandling og i antallet konsultasjoner, innenfor utvalgte

diagnosegrupper. Figur 14 viser variasjonen i pasientforløpene for de enkelte pasientene med moderat depresjon. Det framkommer at det er stor variasjon i behandlingsforløpenes varighet både i VOP Mo i Rana og i VOP Mosjøen, men at det likevel er relativ god korrelasjon mellom varigheten og antallet konsultasjoner.

Figur 14. Antall konsultasjoner og varighet av behandlingsforløp, pasienter med moderat depresjon

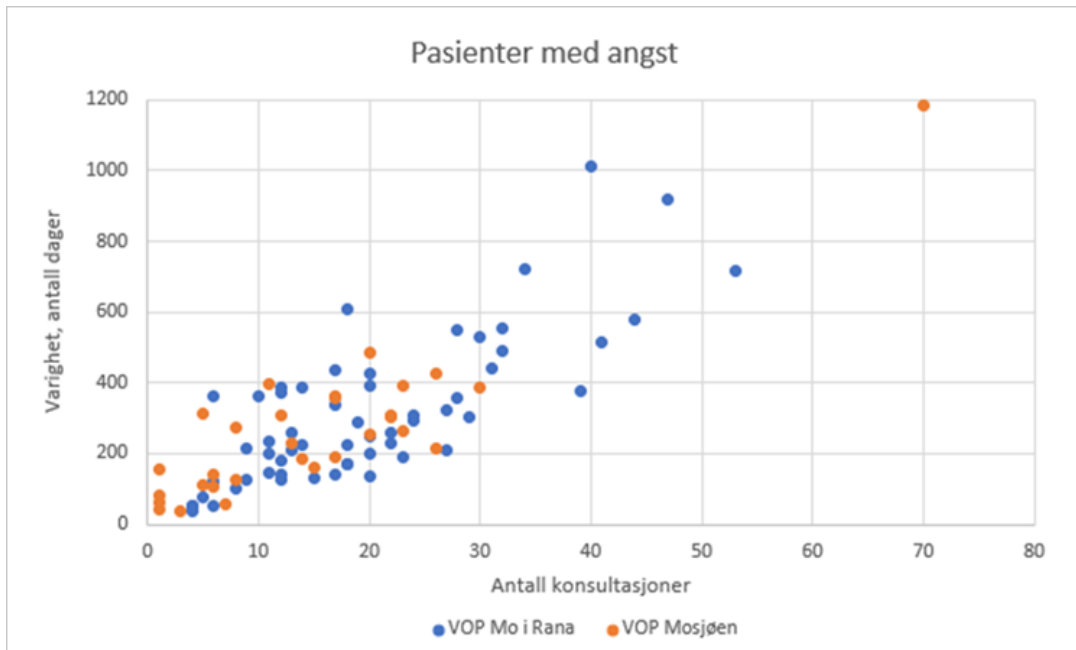


Kilde: D-2028, Avsluttede konsultasjonsserier i periode 01.01.2020-11.03.2021.

Følgende ICD-10 diagnosekoder er inkludert: F321 (inkl. 3210 og 3211) og F331 (inkl. 3310 og 3311).

Det er gjort en tilsvarende analyse for pasienter med angst, og denne viser tydeligere forskjeller mellom de to avdelingene, jf. Figur 15. VOP Mo i Rana har hatt flere pasienter med lange forløp og mange konsultasjoner, enn VOP Mosjøen. VOP Mosjøen har hatt én pasient som skiller seg ut med langt forløp og mange konsultasjoner, mens øvrige pasienter har hatt nokså kompakte forløp.

Figur 15. Antall konsultasjoner og varighet av behandlingsforløp, pasienter med angst



Kilde: D-2028, Avsluttede konsultasjonsserier i periode 01.01.2020-11.03.2021. Følgende ICD-10 diagnosekoder er inkludert: F4000, F4001, F400, F401, F402, F409, F410, F411, F418 og F419.

Oppsummert viser internrevisjonens analyser store variasjoner i forløpene for de undersøkte pasientgruppene.

Helse Nord RHF har tilgjengeliggjort en rapport i Helse Nord LIS for å følge utviklingen i gjennomsnittlig antall kontakter per pasient, for ulike hoveddiagnoser innen psykisk helse og rus. Denne rapporten kan med fordel tas i bruk i Helgelandssykehuset.

4.1.2 Internrevisjonens vurderinger av mål og risikovurderinger

Enhet for psykisk helse og rus har, gjennom sine faste ledermøter, etablert arenaer som legger godt til rette for forankring, risikovurdering og oppfølging av gjeldende mål.

Internrevisjonen vurderer at gjennomførte risikovurderinger knyttet til psykisk helsevern for voksne gir styret og lederlinjen et viktig grunnlag for sine prioriteringer og beslutninger. På bakgrunn av tilgjengelige måleresultater og innsamlet informasjon, er internrevisjonen enig i vurderingen fra mars 2021 om middels risiko før tiltak (gult nivå) for ventetidsmålet for 2021. Vi vurderer likevel at risikovurderingen bør oppdateres og utvides slik at risikoområdene knyttet til variasjon i praksis, som er belyst i kap. 4.1.1.3, innarbeides. Våre undersøkelser viste spesielt at det er risiko knyttet til:

- Høy andel avviste henvisninger, samtidig med manglende oversikt over dette i lederlinjen og mangelfulle data til den nasjonale indikatoren om avvisinger.
- Stor variasjon i gjennomføringen av forløpene for de undersøkte pasientgruppene. Noe av denne variasjonen er sannsynligvis unødvendig. Samtidig erkjenner vi at de fastsatte diagnosene ikke reflekterer hele kompleksiteten i pasientenes sykdomsbilde, og at noe variasjon derfor vil være faglig begrunnet. Den påviste

variasjonen har uansett stor betydning for poliklinikkens kapasitet. Det vises også til variasjonen som framkommer i rapporten fra SKDE (2019) og Helseatlas (2020).

- Kapasitetsutnyttelse, ettersom VOP Mo i Rana og VOP Mosjøen i gjennomsnitt hadde kun to konsultasjoner pr. behandler pr. dag i de undersøkte periodene.
- Registreringspraksis i forbindelse med vurderingssamtaler, herunder sammenhengen mellom ventetid sluttdato og oppstart av pakkeforløp.

Internrevisjonen anser det som viktig å videreføre den årlige gjennomgangen av henvisninger for å samstemme avdelingens vurderingspraksis.

Vi vurderer det som positivt at foretaket har tilpasset virksomhetsportalen i Helse Nord LIS til PHR-enhetens behov for lett tilgjengelige og oppdaterte indikatorresultater innen denne revisjonens tema. Vi ser det som en styrke at lederne oppfordres til å benytte virksomhetsportalen for informasjon om resultatutviklingen innen eget ansvarsområde, i stedet for å få tilsendt regelmessige rapporter. Vi vurderer likevel at foretaket har potensial for økt bruk av styringsindikatorer og dataanalyser i arbeidet med å redusere unødvendig ventetid til helsehjelp og unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Ikke minst gjelder dette analyser som synliggjør variasjoner mellom avdelinger eller belyser sammenhenger mellom ulike styringsindikatorer. I indikatorbeskrivelsen for «andel avviste» påpeker Helsedirektoratet at «Indikatoren er viktig ved undersøkelse av forskjeller i variasjon innen ventetider og fristbrudd». Vi har i dette kapitlet også vist eksempler på andre analyser som kan bidra til faktabaserte diskusjoner i forbedringsprosesser.

4.2 Tiltaksplaner og gjennomføring av tiltak

4.2.1 Observasjoner

4.2.1.1 Tiltaksplaner

Enhet for psykisk helse og rus ble etablert fra 01.01.2020, med gjennomgående ledelse fra enhetsdirektør til avdelingsnivå. Ledelsen har opplyst at dette har gitt økt fokus på psykisk helsevern og rus i ledelsen og styret, samt økt samarbeid, faglig utvikling og bedre rekruttering. Erfaringene er formidlet til styret som del av sak 8-2021 om ny organisering i Helgelandssykehuset, men det er ikke gjennomført en evaluering av omorganiseringen.

Enhetens samlede tiltaksplan knyttet til ventetid og kapasitetsutnyttelse er definert i risikovurderingen for 2021, men frister og ansvarlige er ikke angitt. Vi har fått følgende opplysninger om status for de enkelte tiltakene:

- Fokus på å fordele pasient til behandler så raskt som mulig etter inntak: som hovedregel fordeles pasientene i inntaksmøtet, men dette framkommer ikke av prosedyre, jf. PR14082 (Mosjøen).
- Innføring av DIPS Arena: innført 14.03.2021.

- Optimalisere arbeidsprosesser slik at klinisk personell bruker mer av tiden på klinisk arbeid: tiltaket er ikke spesifisert med hensyn på innhold, men det pågår bl.a. opplæring om journaldokumentasjon.
- Fokus på aktivitet og kvalitet i ledermøter og avdelingsmøter: dette er fast tema i enhetens ledermøte hver måned, med varierende innhold.
- Rekruttere spesialister, LIS og psykologer: ekskludert fra denne revisjonen.

I tillegg har vi merket oss at det er tilsatt kvalitetsrådgiver i enheten i full stilling fra 01.04.2021.

Det er ikke opplyst om egne tiltak i den enkelte avdeling med sikte på å redusere unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.

Internrevisjonen konstaterer at de fleste prosedyrene i Docmap som gjelder spesifikt for voksenpsykiatri, har avdelingsvis gyldighet. Rutiner knyttet til henvisningsflyt og pasientforløp er i ulik grad beskrevet, og noen av prosedyrene mangler oppdatering.

4.2.1.2 Tiltak knyttet til pakkeforløp

Overholdelse av føringer knyttet til de innførte pakkeforløpene er viktig for måloppnåelse innen revisjonens tema, da de overordnede målene for pakkeforløp er oppgitt å være blant annet:

- Unngå unødvendig ventetid for utredning, behandling og oppfølging.
- Likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengige av bosted.

Internrevisjonen har fått opplyst at Helgelandssykehuset startet registrering av pakkeforløp i mai 2019, og at implementeringen anses som fullført. Overholdelse av enkelte av kravene er imidlertid utfordrende, særlig gjelder dette tidskrav for gjennomføring av klinisk vurdering og evalueringer. Det er tilsatt forløpskoordinatorer i delstillinger både i Mosjøen og på Mo i Rana, underlagt respektiv områdesjef, som følger opp og gir tilbakemeldinger til behandlerne og til lederne. Oppgavene er nedfelt i en felles stillingsbeskrivelse. Det er i utgangspunktet lagt opp til at den enkelte behandler selv skal registrere forløpskoder i DIPS, men det er innført en alternativ mulighet der behandler kan krysse av på et eget konsultasjonsark (papir), og merkantil registrerer i DIPS.

En annen utfordring gjelder ivaretagelse av spesialistinvolvering i alle forløp. Utfordringen er løst ved at både VOP Mosjøen og VOP Mo i Rana har organisert behandlerne i team som ledes av en spesialist. Teamlederne leder ukentlige behandlermøter, samt kontrollerer og godkjenner utvalgte journaldokumenter fra behandlerne i sitt team. De får også oversikter to ganger i året over alle pågående pasientforløp, til gjennomgang og oppfølging. Vi har fått opplyst at det ikke er tilstrekkelig spesialistdekning til at alle pasienter får møte en spesialist, men at dette gjennomføres ved behov.

Lederne vurderer at den samlede status knyttet til pakkeforløp er god, og det finnes ingen konkrete tiltaksplaner for å øke etterlevelsen og/eller måloppnåelsen.

4.2.1.3 Pasienterfaringer i forbedringsarbeid

Enhet for psykisk helsevern og rus har i begrenset grad benyttet pasienterfaringer til systematisk forbedringsarbeid. VOP-ene har gjennomført en egen brukerundersøkelse om digitale konsultasjoner i 2020. Her framkommer det at de fleste brukerne synes digitale konsultasjoner er like bra som fysiske, men at et flertall likevel ønsker fysiske konsultasjoner. PHR-enheten forbereder nå innføringen av «CheckWare», som blant annet kan benyttes til måling av pasienttilfredshet.

Helgelandssykehusets brukerutvalg har opplyst i sin årsrapport for 2020 at de opplever at etterspørselen etter deres brukerkompetanse blir etterspurt i flere prosesser enn tidligere, og at de i 2021 ser det som særlig viktig å være engasjert i blant annet «den gyldne regel».

4.2.1.4 Regelmessige kontrolltiltak

Internrevisjonen har fått opplyst at det gjennomføres følgende kontrolltiltak knyttet til henvisningsflyt og pasientforløp:

- Inntaksteamene kontrollerer ukentlig at mottatte henvisninger blir vurdert (DIPS).
- Inntaksteamet i Mosjøen kontrollerer i tillegg ventelisten, og de opplyser at åpne forløp uten planlagt kontakt vil framkomme her (DIPS).
- Kontortjenesten kontrollerer daglig at ventetid sluttdato blir registrert (varsel i DIPS og Helse Nord LIS).
- Kontortjenesten kontrollerer flere ganger i uka om det er ventende fristbrudd (Helse Nord LIS), og gir evt. beskjed til avdelingsleder.
- Forløpskoordinatorer kontrollerer månedlig at forløpskoder registreres korrekt og følger opp eventuelle mangler (DIPS). Forløpskoordinatorer mottar også månedlig tilbagemeldingsrapport fra NPR og sørger for korrigeringer ut fra denne.

Etablerte kontrolltiltak er i liten grad prosedyrefestet, og ingen av de vi intervjuet refererte til regionale prosedyrer for disse oppgavene.

4.2.1.5 Internrevisjonens undersøkelser av tiltaksgjennomføring

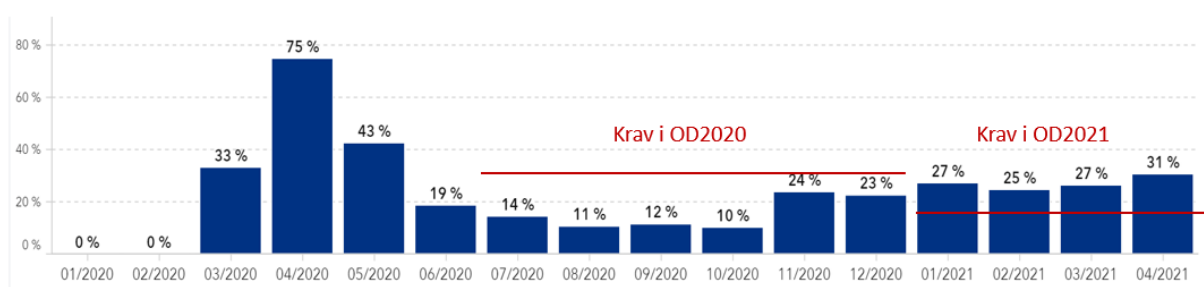
I tillegg til den statusinformasjon som er gjengitt i kap. 4.2.1.1, har internrevisjonen valgt å se nærmere på gjennomføringen av tiltak knyttet til følgende nasjonale/regionale krav:

- Økt bruk av digitale konsultasjoner
- Økt planleggingshorisont for poliklinisk virksomhet
- Overholdelse av planlagt tid
- Utarbeidelse av behandlingsplan for alle pasienter

Digitale konsultasjoner

Internrevisjonen har innhentet data fra Helse Nord LIS om bruken av digitale konsultasjoner, jf. Figur 16.

Figur 16. Bruken av digitale konsultasjoner (telefon og video) i «HSYK, PHV»



Kilde: Helse Nord LIS

Ytterligere nedbryting av disse tallene fra 2021 viser at «DPS poliklinikk Mo i Rana» har hatt 34-39 % digitale konsultasjoner i perioden januar-april, mens de tilsvarende tallene for «DPS poliklinikk Mosjøen» har vært 6-11 %.

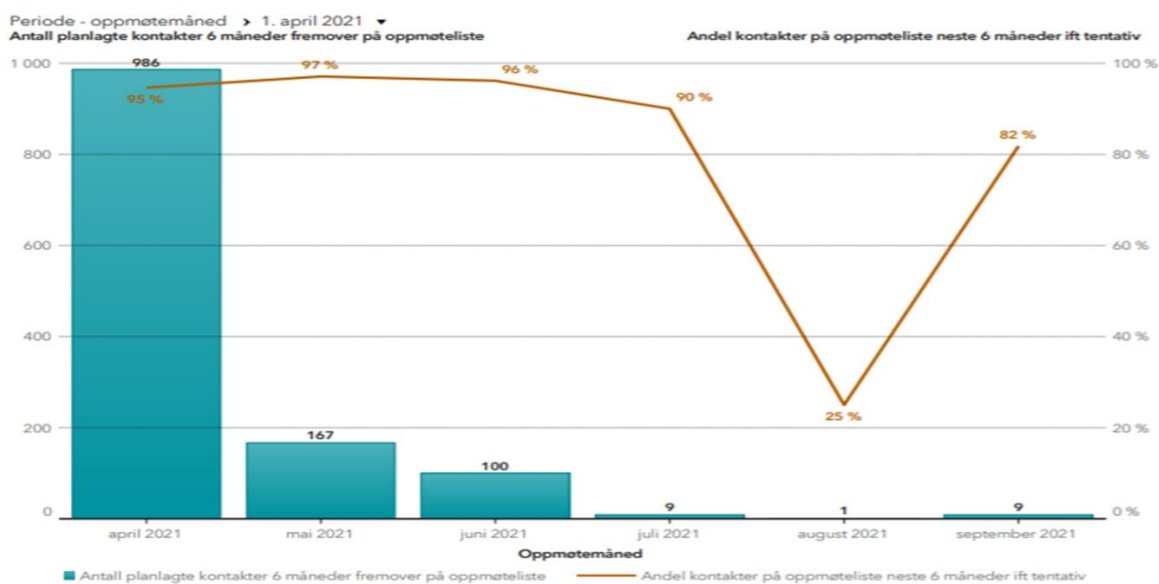
Planleggingshorisont

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven skal pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, samtidig få informasjon om sted og tidspunkt for oppmøte. Vi har fått opplyst at det i hovedsak gis time i første brev ved Helgelandssykehusets voksenpsykiatriske poliklinikker.

I 2016⁴ ble det stilt et nasjonalt krav om planleggingshorisont for bemanning og time-tildelingshorisont ved poliklinikkene på minimum seks måneder. Fra 2020 ble det også innført en nasjonal styringsindikator for planleggingshorisont. I *Oppdragsdokument for 2021 fra Helse Nord RHF til helseforetakene*, ble det stilt krav om å øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste seks måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020. Figur 17 illustrerer planleggingshorisonten innen PHV i Helgelandssykehuset, og figuren viser at det kun var et fåtall pasienter med fastsatt oppmøtetid mer enn to måneder fram i tid.

⁴ Jf. foretaksmøte mellom foretaket og Helse Nord RHF 04.09.2015.

Figur 17. Planleggingshorisont for poliklinisk virksomhet, PHV i Helgelandssykehuset



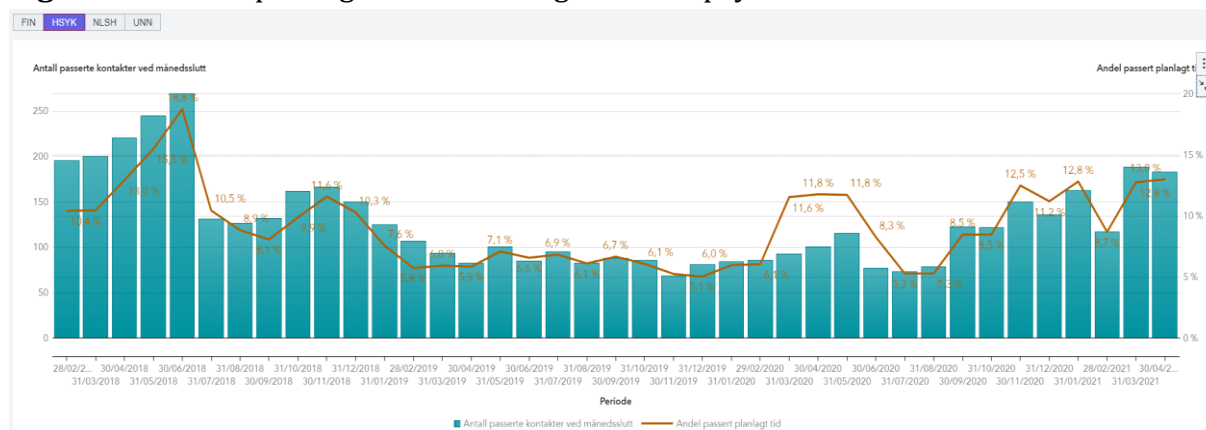
Kilde: Helse Nord LIS

I intervjuene framkom det at denne indikatoren var lite kjent blant lederne, og det var derfor ikke vurdert tiltak for å øke planleggingshorisonten.

Overholdelse av planlagt tid

«Passert planlagt tid» er en av de nasjonale styringsindikatorene, og kravet om å overholde minst 95 pst. av pasientavtalene innen utgangen av 2021, ble første gang formidlet i *Oppdragsdokumentet for 2018 fra Helse Nord RHF til helseforetakene*. Helsedirektoratet publiserer tertialvise indikatorresultater som kan brytes ned til fagområde på foretaksnivå. Mer detaljerte rapporter er tilgjengelige i Helse Nord LIS, og Figur 18 og 19 er hentet herfra. Figurene omfatter alle åpne, planlagte kontakter som var passert ved månedslutt, og hvordan dette har utviklet seg fra 2018 til våren 2021.

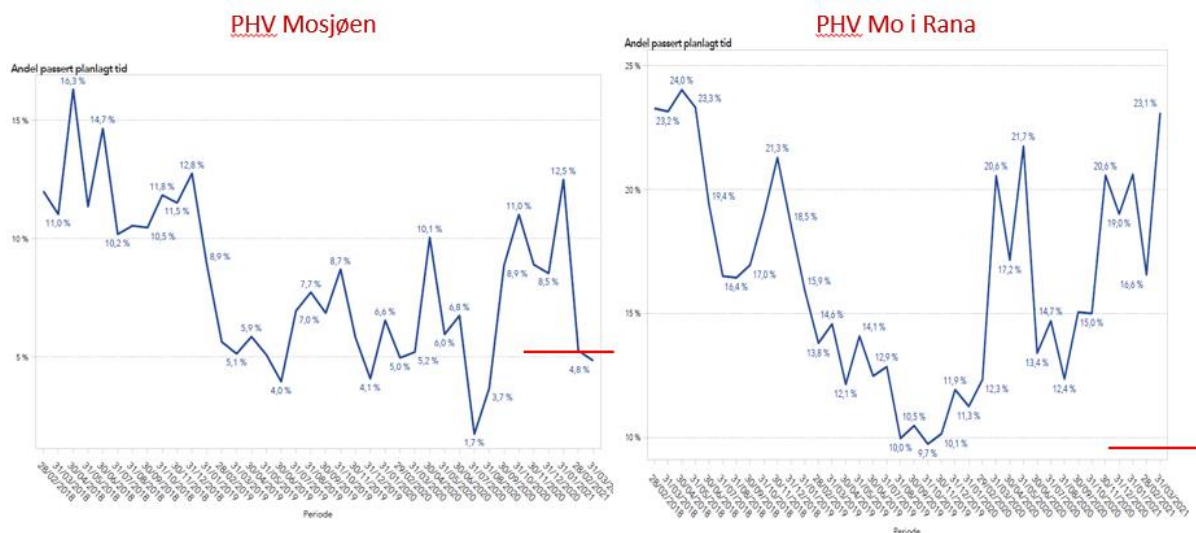
Figur 18. Passert planlagt tid i «Avdeling: Distriktpsykiatrisk senter»



Kilde: Helse Nord LIS

Figur 19 viser at det er stor variasjon mellom «PHV Mosjøen» og «PHV Mo i Rana», samt fra måned til måned, i andelen passerte kontakter. Andelen i «PHV Mo i Rana» er vesentlig høyere enn målet på 5 %.

Figur 19. Passert planlagt tid i «PHV Mosjøen» og «PHV Mo i Rana»



Kilde: Helse Nord LIS. Merknad: Y-aksene har ulik inndeling i figuren. Rød strek angir måltallet på 5 %.

Behandlingsplan

Kravet om at det skal utarbeides en behandlingsplan for hver enkelt pasient, er ikke nytt, men kravet er tydeliggjort og mer spesifisert i forbindelse med innføringen av pakkeforløp. Vi innhentet følgende informasjon om oppfølgingen av dette kravet:

- Egen mal i DIPS er utarbeidet og skal benyttes. Malen inkluderer feltet «kriterier for avslutning».
- Både i intervjuer og i spørreundersøkelsen er det gitt uttrykk for at behandlingsplaner utarbeides, men at det kan være forbedringspotensial.
- VOP-ene i Sandnessjøen og Brønnøysund har gjennom flere år gjennomført regelmessige, interne journalgjennomganger som har inkludert kontroll av om behandlingsplan er utarbeidet. Som del av oppfølgingen etter tilsyn fra Fylkesmannen⁵, skal ordningen nå videreføres og utvides til å omfatte øvrige avdelinger i enheten. Konkret framdriftsplan er ikke fastsatt.

Internrevisjonens journalgjennomganger viser at det ikke utarbeides behandlingsplaner i tilstrekkelig grad. Vi fant behandlingsplan i 5 av 15 journaler i VOP Mo i Rana og i 3 av 15 journaler i VOP Mosjøen, jf. Vedlegg 3. Avslutningskriterier var definert i behandlingsplanene vi gjennomgikk. Internrevisjonen har fått tilbakemelding 22.06.2021 om at enheten planlegger tiltak for å sikre at pasienter har behandlingsplan.

4.2.2 Internrevisjonens vurderinger av tiltaksplaner og tiltaksgjennomføring

Etableringen av Enhet for psykisk helse og rus med gjennomgående ledelse fra enhetsdirektør til avdelingsnivå framstår som et egnet tiltak for styringen med

⁵ Nå Statsforvalter

ventetidsutviklingen og kapasitetsutnyttelsen i Helgelandssykehuset. Internrevisjonen anser det likevel som viktig at det gjennomføres en evaluering av omorganiseringen som omfatter effekten for måloppnåelse innen dette temaet.

Internrevisjonen vurderer det som en svakhet at PHR-enhetens samlede tiltaksplan knyttet til ventetid og kapasitetsutnyttelse ikke er blitt operasjonalisert. Dermed framkommer det ikke klart hva som skal utføres, hvem som har ansvar for det enkelte tiltaket og hvilke frister som gjelder.

Vi anser videre at det er behov for å styrke foretakets tiltaksplan for å øke sikkerheten for å nå målet om gjennomsnittlig ventetid for PHV lavere enn 40 dager i 2021 (til grønt risikonivå), samt for å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Det vises også til kap. 4.1.2 om behovet for å oppdatere og utvide risikovurderingen, noe som medfører behov for å oppdatere den tilhørende tiltaksplanen. I tillegg vil vi framheve noen av forholdene vi har belyst i dette kapittelet, som vi også vurderer at tiltaksplanen bør omfatte. Dette gjelder å:

- Øke utarbeidelsen av behandlingsplaner ved VOP Mosjøen og VOP Mo i Rana.
- Øke andelen digitale konsultasjoner, spesielt i «DPS poliklinikk Mosjøen».
- Utarbeide felles prosedyresamling for voksenpsykiatriske poliklinikker.
- Redusere andelen passerte kontakter, spesielt i «PHV Mo i Rana».

I tillegg anser vi det som hensiktsmessig å øke bruken av pasient- og pårørende-erfaringer i det systematiske forbedringsarbeidet.

Internrevisjonen oppfatter at aktiv bruk av Helse Nord LIS, og stor oppmerksomhet på å unngå fristbrudd, utgjør kjernen i de etablerte kontrollrutinene. Vi vurderer det imidlertid som en svakhet at gjeldende kontrollrutiner ikke er beskrevet slik at det framkommer klart hvem som skal kontrollere hva, med hvilken hyppighet, samt hvilken framgangsmåte som skal benyttes. Det vises i denne forbindelse til regional prosedyresamling, DS8332, *Ventelister, kontinuerlig kvalitetssikring og oppfølging fristbrudd EPJ DIPS*.

4.3 Rapportering og oppfølging

4.3.1 Observasjoner

4.3.1.1 Oppfølging av måloppnåelse i lederlinjen

Det gjennomføres ukentlige ledermøter mellom enhetsdirektør og områdesjefer, og mellom områdesjef og avdelingsledere. Det forventes at alle ledere er kjent med aktivitetstall og indikatorresultater i Helse Nord LIS og kan redegjøre for egen status og utvikling i ledermøtene. Det sendes ikke ut interne rapporter med måleresultater i lederlinjen. Vi konstaterer likevel at enkelte av målene relatert til ventetid og kapasitetsutnyttelse fra *Oppdragsdokument 2021* har hatt liten oppmerksomhet i ledelsesoppfølgingen. Se omtale i 4.1.1.1.

4.3.1.2 Tiltaksoppfølging i lederlinjen

Internrevisjonen har fått følgende opplysninger om oppfølgingen av den enkelte behandleres aktivitet og kapasitet:

- Teamledere gjennomgår pasientlisten med den enkelte behandler, to ganger årlig.
- Avdelingsledere mottar månedlige oversikter over antall pasienter og antall konsultasjoner pr. behandler, og de har individuell dialog med behandlere ved behov.
- Områdesjefer mottar tilsvarende oversikter, og de har evt. dialog med avdelingsleder.

Verken områdesjefene eller avdelingslederne opplyste om oppfølging av andre pågående forbedringstiltak enn de som framkommer av risikovurderingen.

Enhetsdirektør følger opp pågående prosess og opplæring med sikte på å videreføre og utvide intern ordning med interne revisjoner/journalgjennomganger.

4.3.1.3 Informasjon til styret

Internrevisjonen har gjennomgått informasjonen som er gitt til styret som del av de skriftlige saksdokumentene, jf. Vedlegg 1. Vi har merket oss følgende:

- Virksomhets- og tertialrapporter viser utvikling i måloppnåelse, bl.a. for aktivitet, ventetid og andel digitale konsultasjoner innen PHV.
- Gjennomførte risikovurderinger for 2020 og 2021 er framlagt for styret.
- Besluttede tiltak framkommer av risikovurderingene.

4.3.2 Internrevisjonens vurderinger av rapportering og oppfølging

Internrevisjonen vurderer at det i lederlinjen er etablert en god systematikk i oppfølgingen av måloppnåelse for ventetid og fristbrudd, men at oppfølgingen bør utvides til å omfatte flere mål.

Ettersom PHR-enhetens samlede tiltaksplan ikke er blitt operasjonalisert (jf. kap. 4.2.2), er det vanskelig å vurdere status i oppfølgingen av pågående tiltak. En oppdatert tiltaksplan bør legge til rette for angivelse av status i arbeidet, og dermed utgjøre et egnet grunnlag for ledelsesoppfølging.

Internrevisjonen vurderer det som positivt at ordningen med interne revisjoner/journalgjennomganger videreføres og utvides til flere avdelinger i PHR-enheten. Dette kan bidra til økt etterlevelse av gjeldende føringer og til redusert variasjon i pasientforløpene.

Vi vurderer videre at styret har fått egnet, pålitelig og rettidig informasjon om gjennomførte risikovurderinger og besluttede tiltak. Vi legger til grunn at styret også vil få informasjon når risikovurderingen og tiltaksplanen er oppdatert.

5 Konklusjon og anbefalinger

5.1 Konklusjon

Internrevisjonen konstaterer at gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne i Helgelandssykehuset er kortere enn 40 dager våren 2021, og at dette også gjelder ventetiden for ventende pasienter. Vår konklusjon er at det er etablert en tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen gjennom risikovurderinger og god systematikk for oppfølging av måloppnåelse i lederlinjen. Det er imidlertid avdekket variasjon i kapasitetsutnyttelse og i faglig praksis som bør innarbeides i risikovurderinger og tilhørende tiltaksplaner. Internrevisjonen anbefaler derfor forbedringstiltak.

5.2 Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helgelandssykehuset å:

1. Oppdatere og utvide den gjennomførte risikovurderingen av de overordnede målene ved å innarbeide de belyste risikoområdene knyttet til variasjon i praksis, jf. kap. 4.1.2.
2. Styrke og operasjonalisere tiltaksplanen i Enhet for psykisk helse og rus, basert på utvidet risikovurdering og svakheter som er belyst i kap. 4.2.2.
3. Følge opp at tiltakene i den oppdaterte tiltaksplanen gjennomføres og evalueres.
4. Formalisere interne kontrollrutiner knyttet til ventelister og kvalitetssikring av henvisningsdata, med utgangspunkt i regional prosedyresamling, DS8332.

Vedlegg 1 – Dokumentoversikt

Oversikt over dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med revisjonen.

Styresaker i Helgelandssykehuset HF:

- Styresak 84-2018, Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helgelandssykehuset
- Styresak 18-2020, Årlig melding 2019, Vedlegg 1
- Styresak 42-2020, Tertialrapport for 1. tertial 2020
- Styresak 83-2020, Tertialrapport for 2. tertial 2020
- Styresak 98-2020, Virksomhetsrapport pr. september 2020
- Styresak 105-2020, Virksomhetsrapport pr. oktober 2020
- Styresak 7-2021, Virksomhetsrapport pr. januar 2021
- Styresak 8-2021, Klinisk gjennomgående organisering av Helgelandssykehuset
- Styresak 17-2021, Ledelsens gjennomgang 2020 og risikostyring 2021
- Styresak 19-2021, Årlig melding 2020
- Styresak 20-2021, Årlig melding Brukerutvalget 2020

Eksterne dokumenter, Helgelandssykehuset HF:

- Brev fra Helgelandssykehuset til Helse Nord RHF, datert 27.08.2020, Kapasitet til å håndtere pasienter med fristbrudd

Interne dokumenter, Helgelandssykehuset HF:

- Referater fra møter i Helgelandssykehusets brukerutvalg i 2019-2020
- Årlig melding Brukerutvalget 2019
- Ledelsens Risikoidentifikasjon og analyse for 2021, av 11. mars 2021
- PR45857 ROS analyse, versjon 1, gyldig fra 25.06.2019

Interne dokumenter, Psykisk helse- og rusklinikken:

- Referat enhetsmøte PHR 27.07.2020
- Referat enhetsmøte PHR 12.11.2020
- Referat enhetsmøte PHR 07.01.2021
- Referat enhetsmøte PHR 25.02.2021
- Behandlingsplaner revisjon sept/okt 2017
- Resultater fra 19. journalgjennomgang Ytre Helgeland, feb. 2021
- Stillingsbeskrivelse Forløpskoordinator PHR, mottatt 22.03.2021
- Behandlingsplan – mal, mottatt 08.04.2021
- Oppsummering fra pasientundersøkelse i 2020 om digitale konsultasjoner:
 - VOP Mo i Rana, mottatt 06.04.2021
 - VOP Mosjøen, mottatt 12.04.2021

Interne dokumenter, VOP Mo i Rana:

- Aktivitetsrapport per behandler, eksempel mottatt 16.04.2021
- Rapport pasienter per behandler, eksempel mottatt 16.04.2021
- PR53762, Assistert timebok i DIPS, versjon 1

Interne dokumenter, VOP Mosjøen:

- PR53624, Assistert timebok VOP, versjon 1
- PR17822, Behandlingsplan, versjon 2
- PR30629, Avslutning av pasientforløp i DIPS, versjon 1.1
- PR19202, Godkjenning av spesialist i dokument, versjon 1
- PR14082, Rutine ved inntak av pasient ved VOP, versjon 2.1
- Konsultasjonsark, mottatt 08.04.2021

Dokumenter utarbeidet til internrevisjonen:

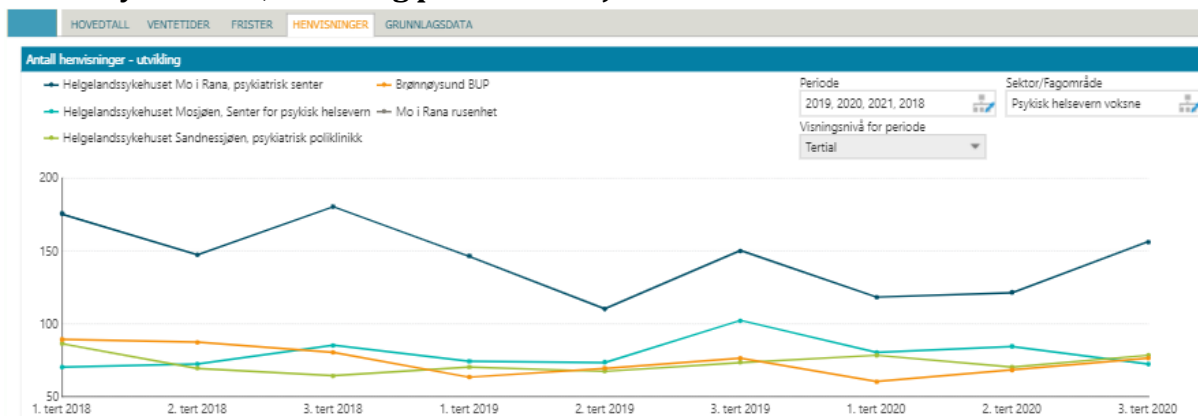
- Brev datert 03.03.2021, Svar på melding om internrevisjon
- Brev datert 19.03.2021, Svar på deres dokumentforespørsel
- Oversikt over ansatte i VOP Mo i Rana, pr. 18.03.2021
- Oversikt over ansatte i VOP Mosjøen, mottatt 23.03.2021

Vedlegg 2 – Måleresultater psykisk helsevern for voksne

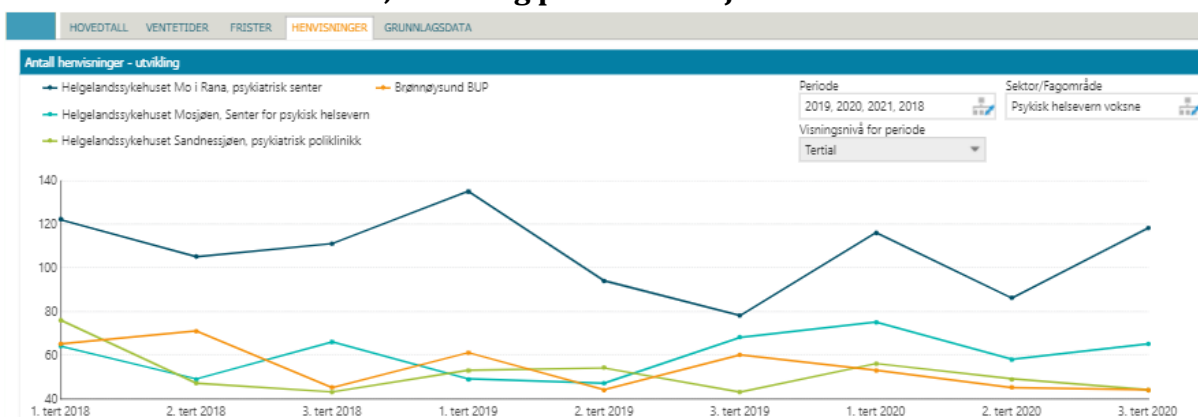
Måleresultater fra:

- helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter
- helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter-tertial
- helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten

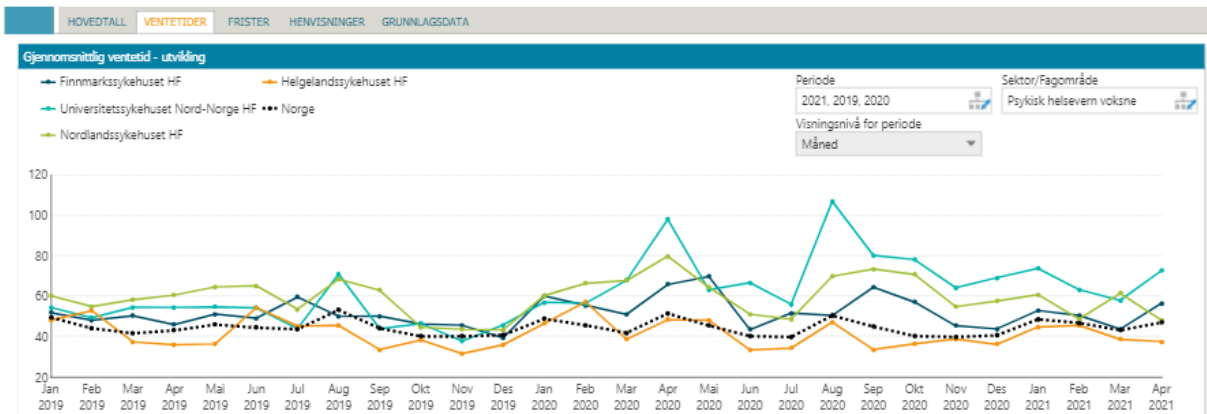
Antall nyhenviste, utvikling per «institusjon» i HSYK



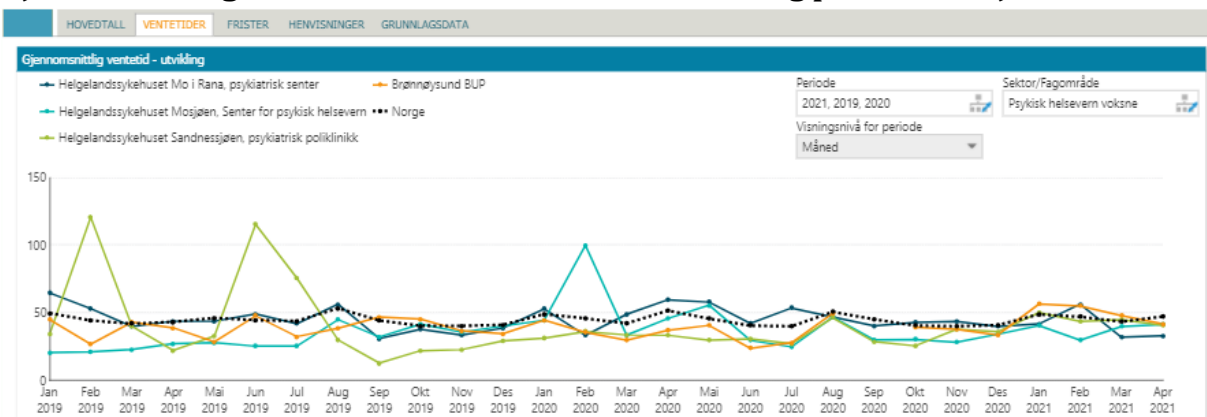
Antall ordinært avviklede, utvikling per «institusjon» i HSYK



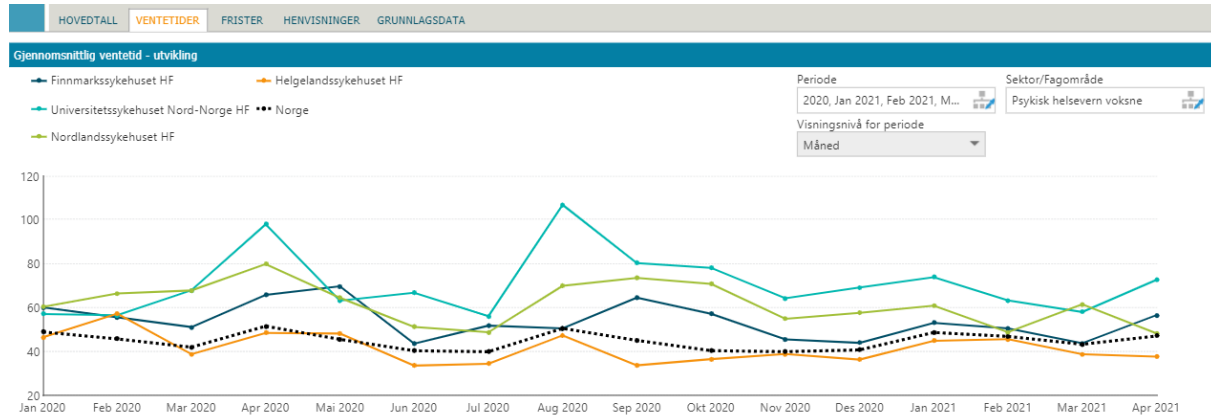
Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede, utvikling per HF



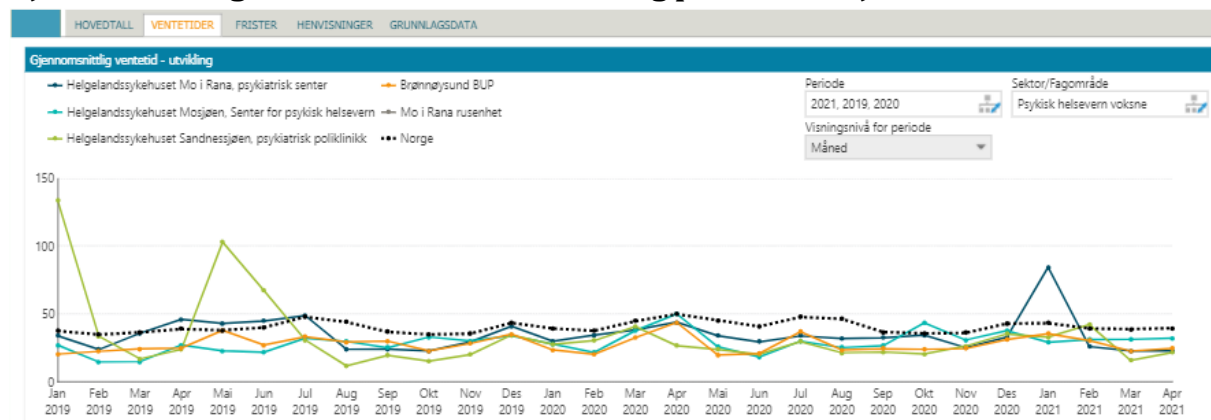
Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede, utvikling per «institusjon» i HSYK



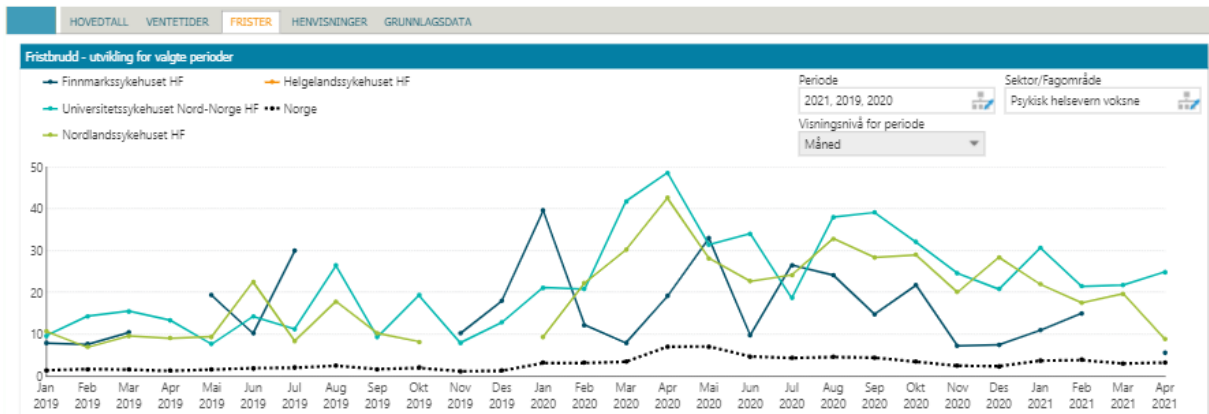
Gjennomsnittlig ventetid ventende, utvikling per HF



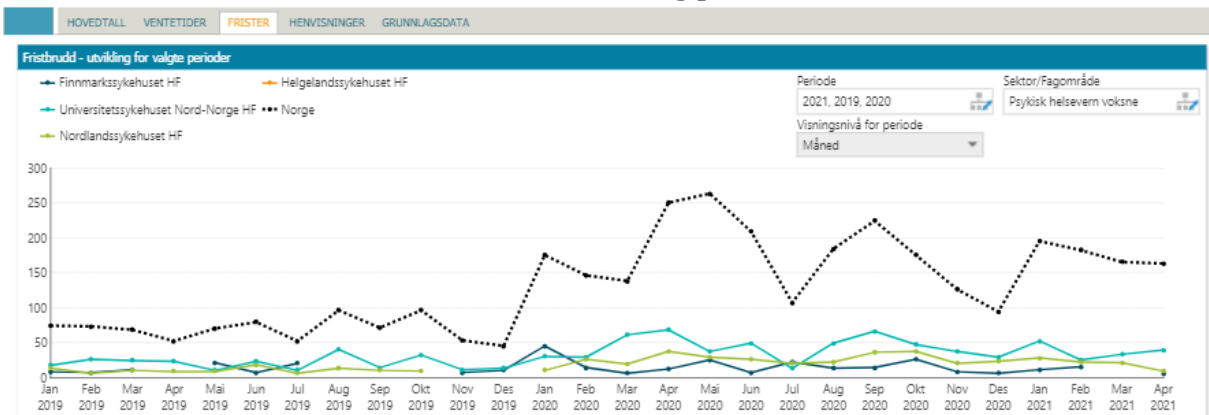
Gjennomsnittlig ventetid ventende, utvikling per «institusjon» i HSYK



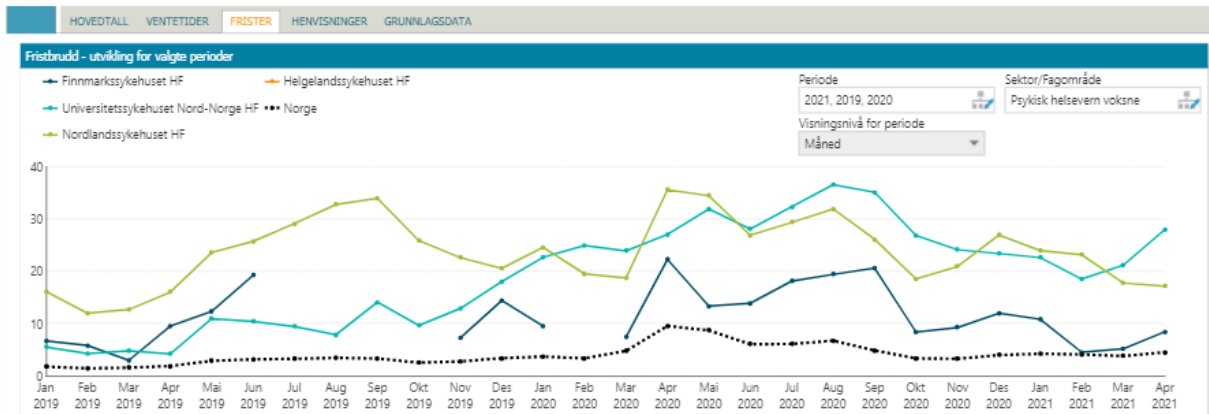
Andel fristbrudd ordinært avviklede, utvikling per HF



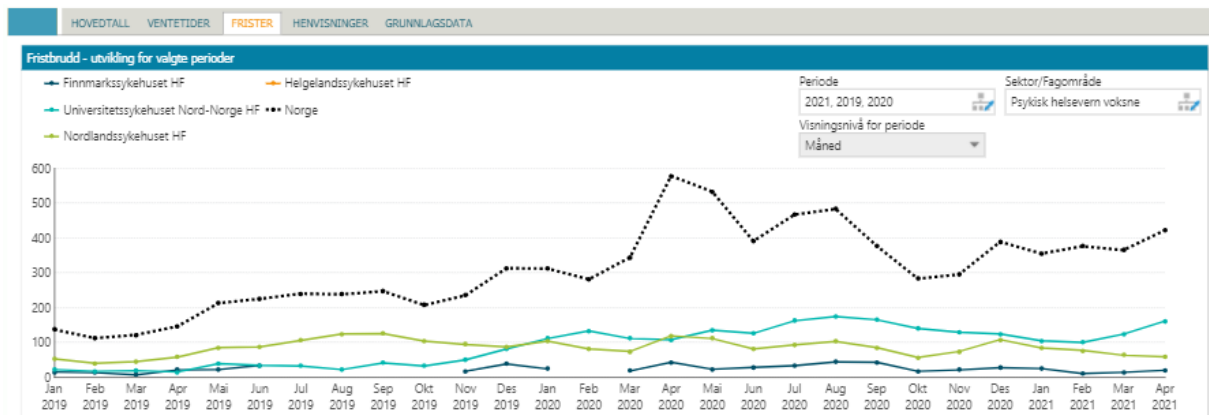
Antall fristbrudd ordinært avviklede, utvikling per HF



Andel fristbrudd ventende, utvikling per HF



Antall fristbrudd ventende, utvikling per HF

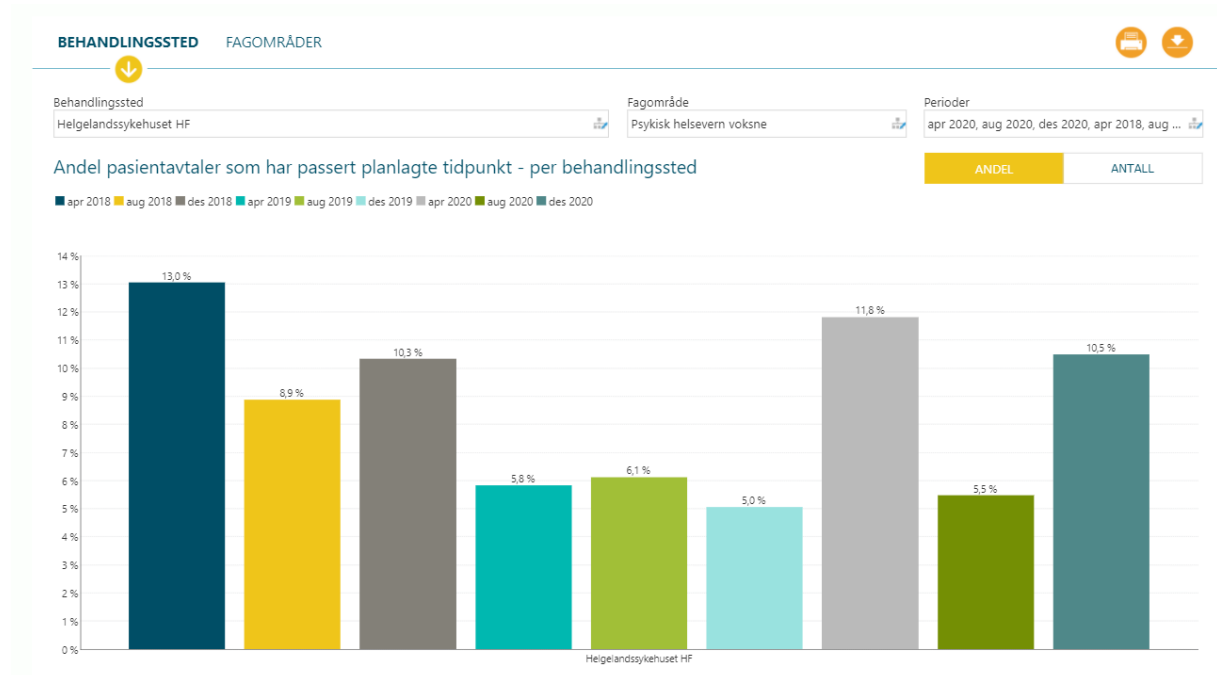


Måleresultater fra www.helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten:

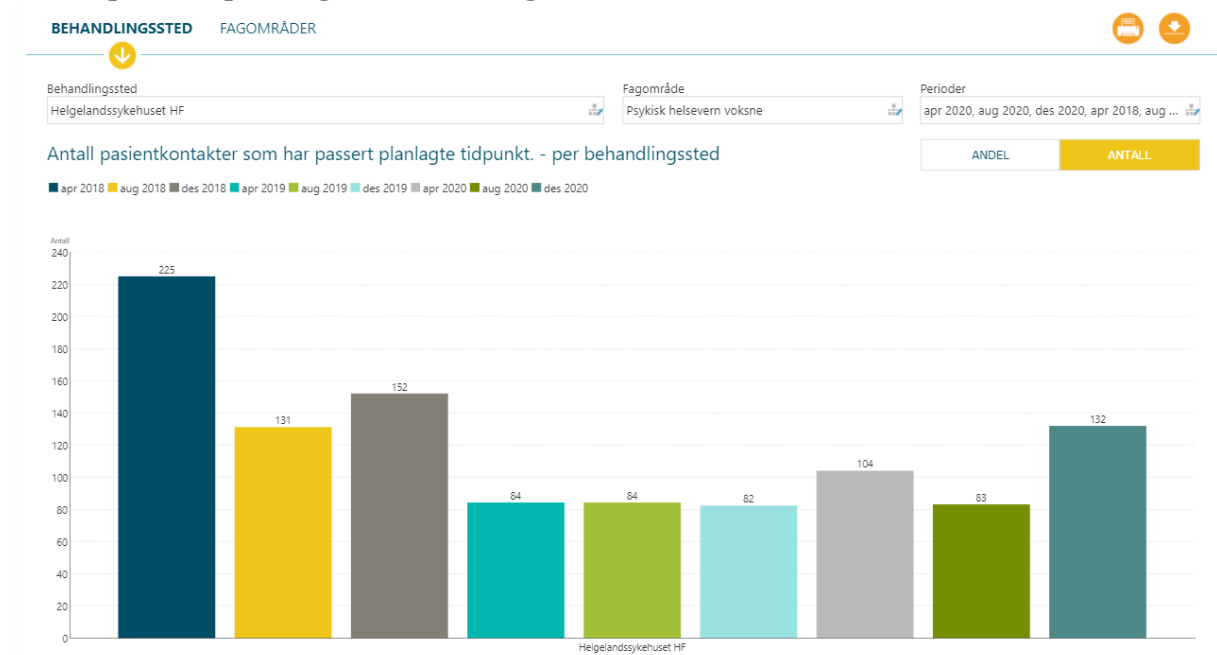
Andel passert planlagt tid, utvikling for Helse Nord



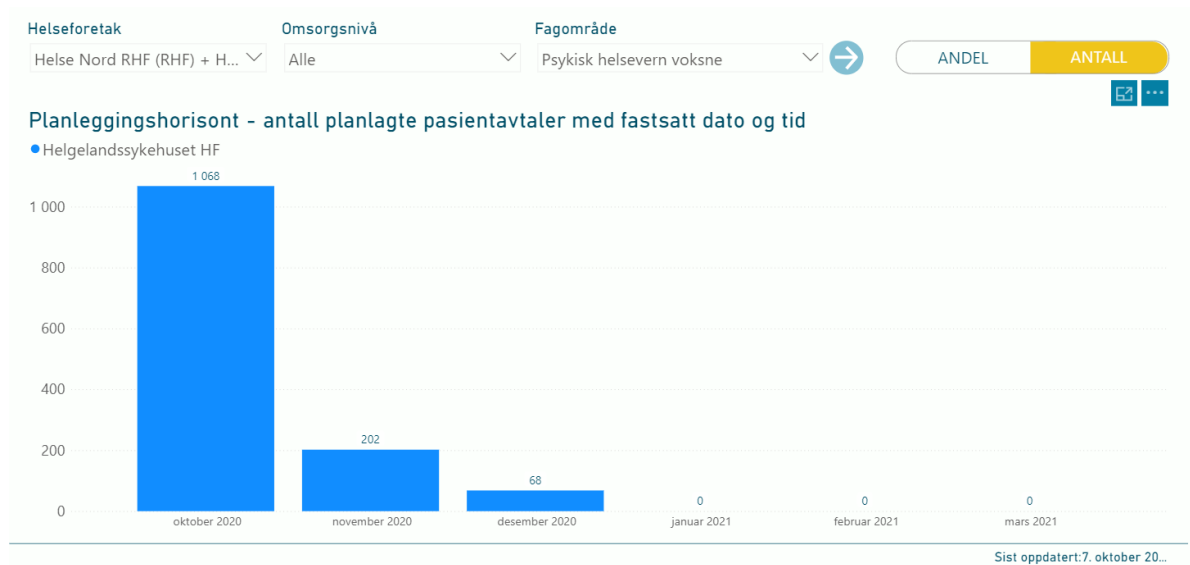
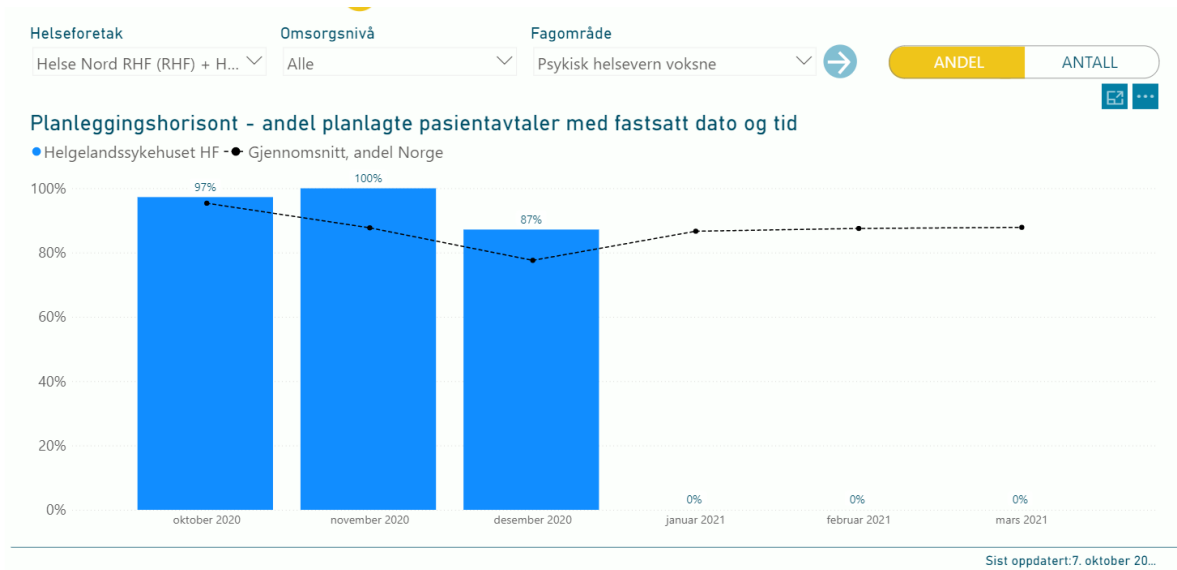
Andel passert planlagt tid, utvikling for HSYK



Antall passert planlagt tid, utvikling for HSYK



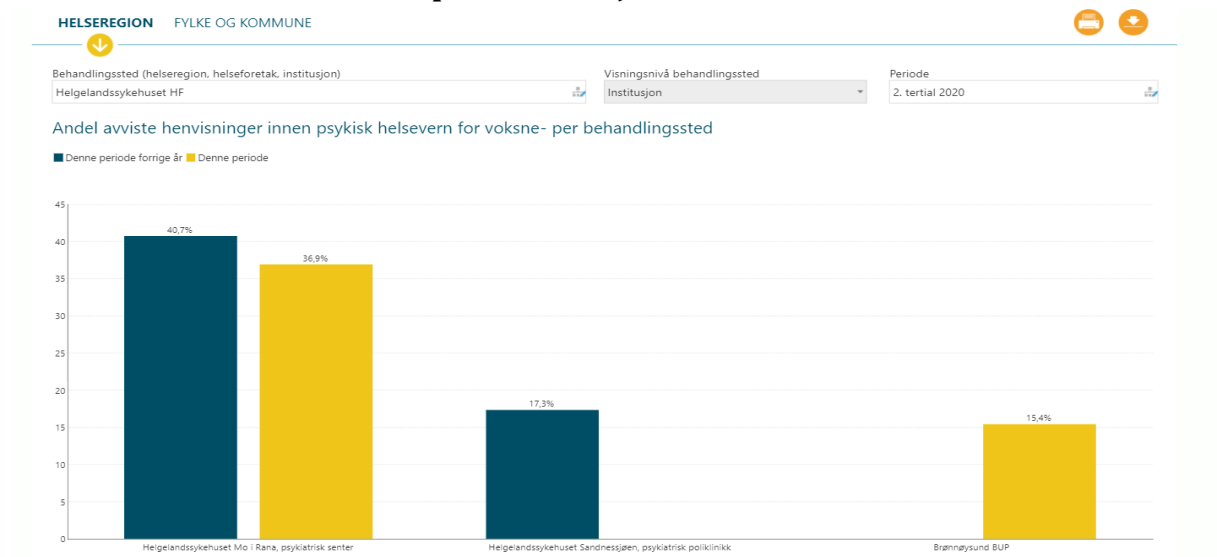
Planleggingshorisont



Andel avviste 2. tertial 2020 per HF



Andel avviste 2. tertial 2020 per «institusjon» i HSYK



Vedlegg 3 – Journalgjennomgang

Hensikt:

Et utvalg av journaler ble gjennomgått med sikte på å undersøke om:

- a) begrunnelse for avvisning av henvisningen er dokumentert
- b) det er dokumentert at det er en spesialist (overlege eller psykologspesialist) som har gjort rettighetsvurderingen
- c) behandlingsplan er utarbeidet

Kilde:

DIPS-rapportene, D-6813: Oversikt henvisninger mottatt i valgt periode og D-2028: Avsluttede konsultasjonsserier i periode, ble brukt som grunnlag for utvelgelsen av journaler. Valgt periode: 01.01.2020-11.03.2021, Avd.: DPS HSYK.

Rapporten ble kjørt og kopiert til Excelfil. Kolonner med andre pasientidentifiserende opplysninger enn NPR-nummer, ble utelatt ved kopieringen. Utvelgelsen ble deretter gjort separat for seksjonene:

-DPS poliklinikk Mo i Rana (VOP Mo i Rana)

-DPS poliklinikk Mosjøen (VOP Mosjøen)

Utvelgelse og resultater:

Nr.	Kilde og filter	Utvelgelse til gjennomgang	Antall gj.gått, VOP Mo i Rana	Ant. positive, VOP Mo i Rana	Antall gj.gått, VOP Mosjøen	Ant. positive, VOP Mosjøen
a	D-6813 Avvist=1 Primærhenv.=1 Ekstern=1	Basert på bruken av avvistkoder i utvalget, ble det valgt ut 15 henvisninger med -Årsakskodene «Årsaker andre», «Manglende tilbud» eller «Ikke medisinsk ind.».	15	15	15	14
b	Som a	Som a	15	15	15	15
c	D-2028	Sortert på -Starttid (nyest til eldst) Valgt de 15 nyeste avsluttede seriene med minst 6 episoder.	15	5	15	3

Oppsummering av resultater fra journalgjennomgang:

- a) Avvisningsårsak er dokumentert for 29 av de 30 avviste henvisningene som ble kontrollert.
- b) Det er dokumentert at det er en spesialist (overlege eller psykologspesialist) som har gjort rettighetsvurderingen i 30 av de 30 avviste henvisningene.
- c) Behandlingsplan, i form av eget dokument med tittel «Behandlingsplan», er registrert i 8 av de 30 pasientjournalene som ble gjennomgått med sikte på dette.

Vedlegg 4 – Utførte analyser

Oversikt over analyser som er gjennomført som del av internrevisjonen, med utgangspunkt i data fra DIPS-rapporter, for å belyse risiko for unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelse og risiko for unødvendig variasjon i pasientforløpene.

Uttrekkene er gjort for følgende seksjoner i DIPS:

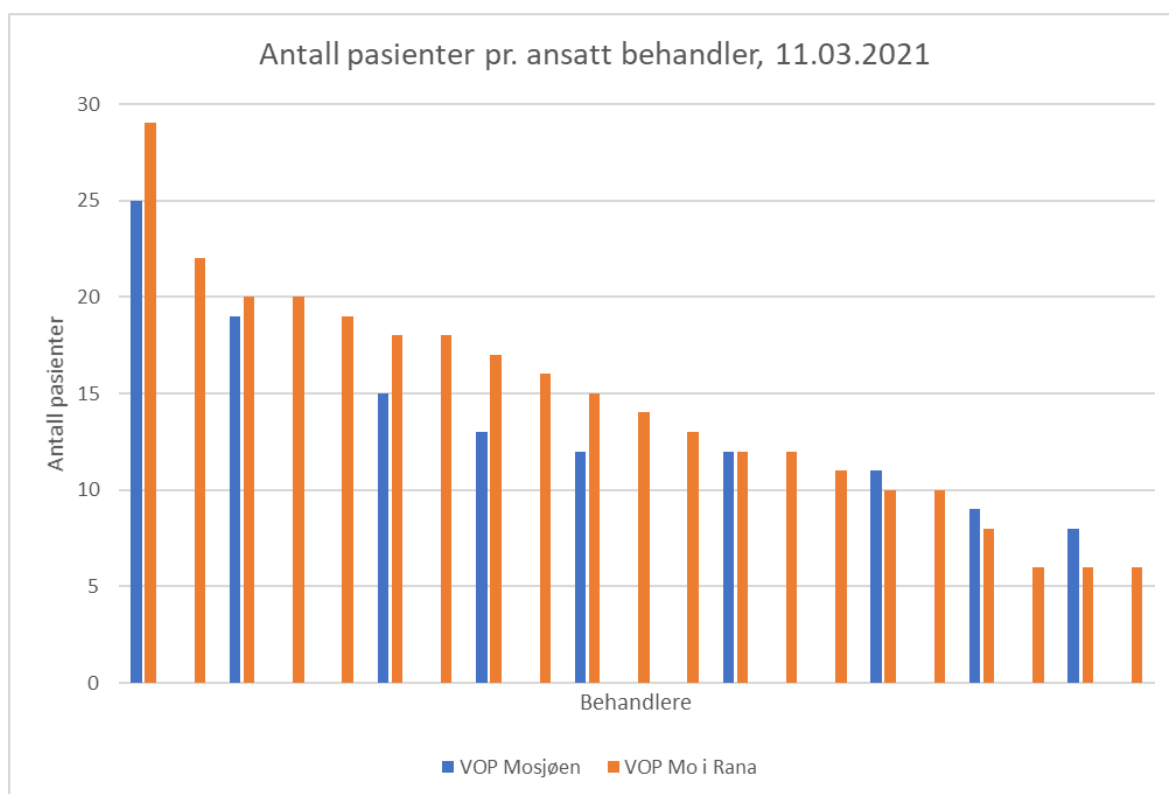
-DPS poliklinikk Mo i Rana = VOP Mo i Rana

-DPS poliklinikk Mosjøen = VOP Mosjøen

Analyse 1, Antall pasienter pr. ansatt behandler

Kilde og spesifikasjon for uttrekket	Filtrering og bearbeiding
D-1117, Pasienter pr. behandler pr. uttrekksdato (11.03.2021)	Ansv. = J Sortert pr. behandler. Ekskludert:
Mottatte oversikter over ansatte per mars 2021	<ul style="list-style-type: none">• behandlere som ikke står på ansattlisten• ass.avdelingsleder Mo i Rana• LIS-leger
	Summert antall pasienter pr. behandler

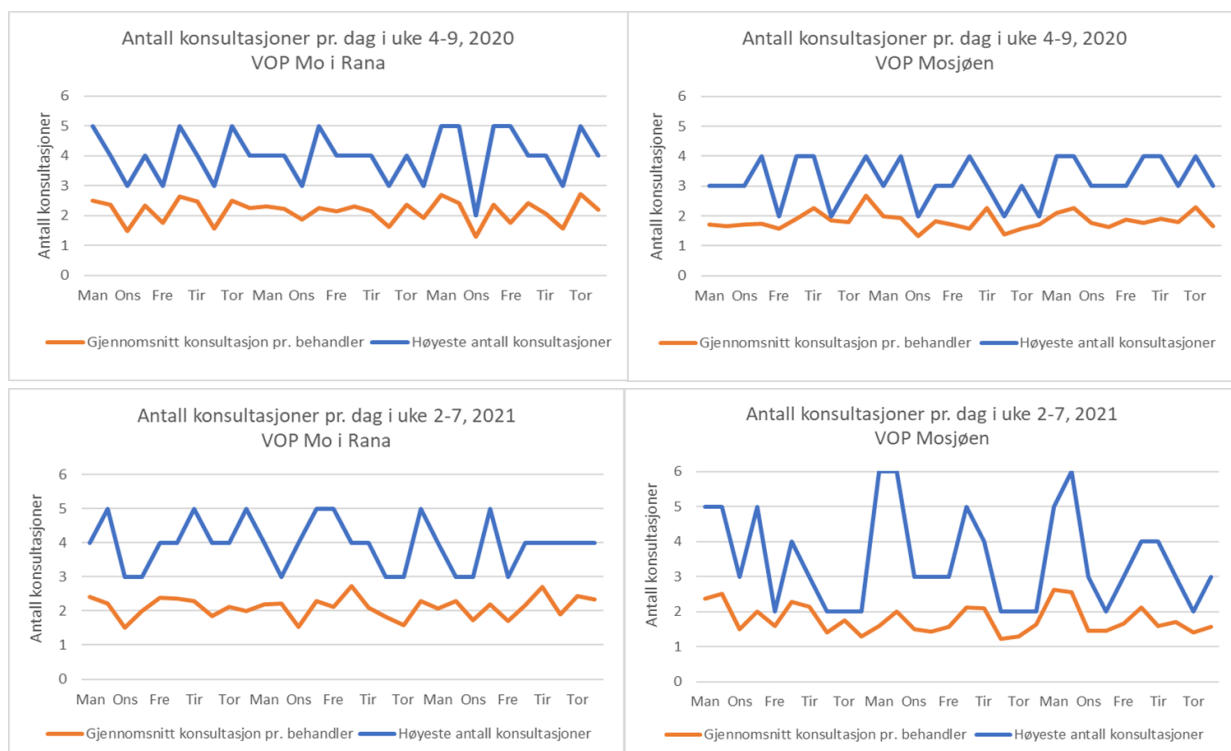
Resultater:



Analyse 2, Gjennomsnittlig antall konsultasjoner pr. dag pr. behandler

Kilde og spesifikasjon for uttrekket	Filtrering og bearbeiding
<p>D-6817, Oversikt polikliniske besøk i periode</p> <p>Avd.: DPS HSYK</p> <p>Periode 1: 20.01-28.02.2020</p> <p>Periode 2: 11.01.-19.02.2021</p>	<p>Oversikten inkluderer direkte pasientkontakt, samt indirekte pasientkontakt i form av telefonkonsultasjoner m/egenandel. Alle andre former for "Indirekte pasientkontakt" er ekskludert.</p> <p>Sortert på "Starttid" (tidspunkt for konsultasjonen)</p> <p>Summert antall konsultasjoner pr. dag for hver behandler.</p> <p>Behandlingstype: hver gruppe er telt 1 gang.</p> <p>Behandlere som (etter korreksjon for gruppebehandling) har < 10 konsultasjoner i løpet av 6-ukersperioden, er ekskludert. Linjeledere er ekskludert.</p> <p>Gjennomsnitt er beregnet ut fra antall behandlere som har hatt minst 1 konsultasjon den aktuelle dato.</p> <p>Det er ikke tatt hensyn til stillingsstørrelse.</p>

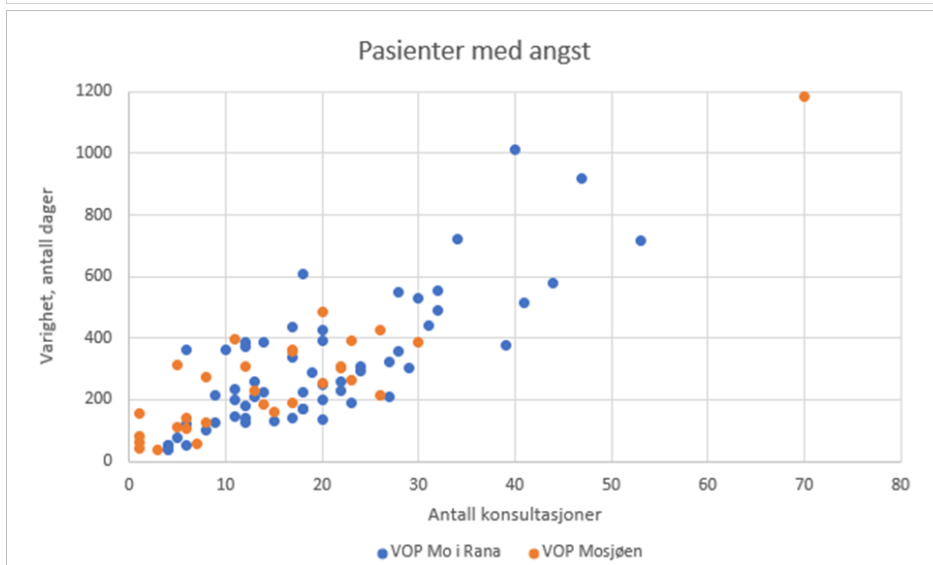
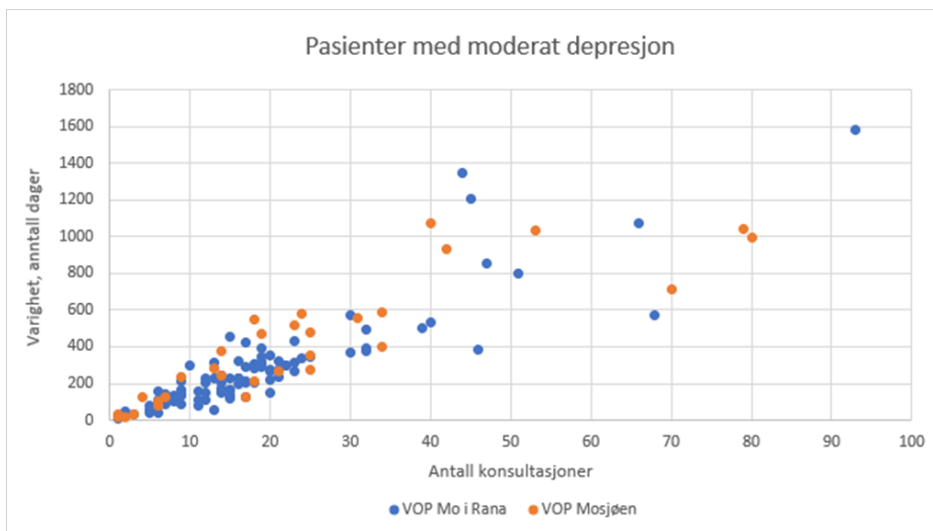
Resultater:



Analyse 3 og 4, Antall konsultasjoner og varighet av behandlingsforløp for utvalgte diagnosegrupper

Kilde og spesifikasjon for uttrekket	Filtrering og bearbeiding
D-2028, Avsluttede konsultasjonsserier i periode Periode: 01.01.2020-11.03.2021	Beregnet varighet pr. pasientforløp: sluttid minus starttid. ICD-10 diagnoser: <ul style="list-style-type: none"> • Moderat depresjon: F321 (inkl. 3210 og 3211) og F331 (inkl. 3310 og 3311) • Angst: F4000, F4001, F400, F401, F402, F409, F410, F411, F418, F419

Resultater:



Analyse 5, Andel og antall avviste eksterne henvisninger

Kilde og spesifikasjon for uttrekket	Filtrering og bearbeiding
D-6813, Oversikt henvisninger mottatt i periode Avd.: DPS HSYK Periode: 01.01.2020-11.03.2021	Filter: Avviste, eksterne henvisninger. Andel/antall avviste er avviste/totale henvisninger.

Resultater:

