



Styresak 112-2021

Internrevisjonsrapport om ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler: Hedda Soløy Nilsen og Beate Sørslett

Dato dok: 07.12.2021

Møtedato: 14.12.2021

Vår ref: 2021/60

Vedlegg (t): Rapport internrevisjon
Brev til Helse Nord RHF, 12. november 2021

Vedlegg (ikke tr): [Helse Nord RHF styresak 111-2021 Interrevisjonsrapport nr. 05/2021](#)

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Bakgrunn

Internrevisjon ved Helse Nord RHF gjennomførte våren 2021 internrevisjon med tema «*ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Nordlandssykehuset HF*». Dette var i henhold til revisjonsplanen for 2020/2021 og tilsvarende revisjoner er blitt gjennomført ved alle sykehusforetakene i regionen. Internrevisjonen kom i sin rapport med 6 anbefalinger for videre arbeid med ivaretagelse av sykehuset sitt behandlingsansvar.

Denne saken er en gjennomgang av de 6 anbefalingene til Nordlandssykehuset HF og status for arbeidet med disse.

Direktørens vurdering

Direktøren erfarer at Helse Nord's internrevisjoner er nyttige supplement til Nordlandssykehusets internrevisjoner, slik at aktivitet i foretaket blir vurdert også av eksterne for potensielle forbedringsområder. Forbedringsområdene knyttet til risikovurdering vil diskuteres i direktørens ledergruppe slik at også øvrige klinikker/staber kan dra nytte av denne internrevisjonen. Anbefalingene fra internrevisjon og ledsagende beskrivelse/kommentar oversendes Helse Nord etter styrebehandling.

Innledning

Formålet med internrevisjonen fra Helse Nord RHF har vært å bekrefte at Nordlandssykehuset har styring og kontroll med ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne (PHV). Revisjonskriteriene har vært fordelt på tre områder; mål og risikovurderinger, tiltaksplaner og gjennomføring av tiltak og rapportering og oppfølging. Det vises til vedlagte rapport for utdyping av revisjonskriteriene.

Internrevisjonens konklusjon

Internrevisjonen konstaterer at gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne i Nordlandssykehuset er høyere enn måltallet på 40 dager i 2021, at ventetiden for ventende pasienter er økende, og at det er stor variasjon i hvordan tilgjengelig kapasitet benyttes. Vår konklusjon er at det ikke er etablert en tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen og kapasitetsutnyttelsen. De vesentligste svakhetene er at risikovurderinger ikke er gjennomført, at tiltaksplaner er fragmenterte og ufullstendige, og at lederoppfølgingen og informasjonen til styret er noe mangelfull. Internrevisjonen anbefaler at det iverksettes en rekke forbedringstiltak.

Oppsummeringsrapporten for regionen ble styrebehandlet i Helse Nord RHF 29. september 2021 (styresak 111-2021). I etterkant av styrebehandlingen fikk vi to oppfølgings spørsmål fra Helse Nord RHF som vi besvarte 12.november 2021 (vedlegg 2).

Anbefalinger fra internrevisjon og beskrivelse/ kommentar

Nr	Anbefaling	Beskrivelse/ kommentar	Status
1	Iverksette en dokumentert og helhetlig risikostyringsprosess knyttet til de overordnede målene, i samsvar med Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord.	Psykisk helse – og rusklinikken gjennomførte i april 2021 en prosess der overordnede mål ble risikovurdert. Risikovurderingen viste lav sannsynlighet for måloppnåelse i forhold til ventetid innenfor styringskravet både før og etter tiltak. Risikoområdene knyttet til praksisvariasjon var ikke inkludert i denne risikovurderingen.	Fullført
2	Sørge for at underliggende målsettinger for psykisk helsevern for voksne inngår i foretakets risikostyringsprosess.	I foretaket styres risiko gjennom de styringsmekanismer som inngår i daglig styring. Psykisk helse og rusklinikk gjennomgår og følger opp styringsdata knyttet til målsetninger direkte knyttet til krav om ventetid og variasjon. Som grunnlagskilde brukes data fra DIPS og rapporter SAS-LIS. Dette gjennomgås og følges løpende opp av ledelsen og rapporteres i adm.direktør	I arbeid/ Pågående

		oppfølgingsmøte med klinikken (månedlig) og direktørens ledermøte (ukentlig). Foretaket rapporterer målsettingen gjennom månedlig virksomhetsrapport og tertialrapportering.	
3	Innarbeide de belyste risikoområdene knyttet til variasjon i praksis som denne rapporten viser, i klinikkens risikovurderinger.	<p>Som tidligere nevnt er ikke variasjon i praksis inkludert i gjennomført risikovurdering. Dette vil tas med som ett av punktene når målsetninger for 2022 skal risikovurderes.</p> <p>Selv om det ikke er gjennomført en risikovurdering knyttet til variasjon, har klinikken begynt arbeide med funnene fra internrevisjonen. Resultatene er formidlet til alle aktuelle avdelinger, med oppdrag om å gjennomgå disse. F.eks er krav om antall konsultasjoner pr behandler pr dag er gjennomgått i klinikkens ledermøte, og er planlagt fulgt videre opp februar 2022.</p> <p>Det er etablert forløpskoordinatorer i alle poliklinikker DPS psykisk helsevern voksne fra november 2021, for å styrke måloppnåelsen og bedre strukturering av pasientforløp.</p>	Ikke påbegynt
4	Basert på gjennomførte risikovurderinger, utarbeide en samlet tiltaksplan for arbeidet med reduksjon av unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen psykisk helsevern for voksne.	Det er identifisert en rekke tiltak for reduksjon av ventetid. Disse skal inn i en samlet tiltaksplan hvor det identifiseres hvilke tiltak som er sentrale for de ulike enhetene. Denne revisjonen var innenfor psykisk helsevern for voksne, men vi planlegger at tiltaksplanen inkluderer psykisk helsevern for barn og TSB.	I arbeid/påbegynt

5	Videreutvikle datavarehusløsningen og effektivisere intern rapportering knyttet til data om ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse, som grunnlag for økt bruk av styringsindikatorer og analyser i forbedringsarbeidet.	På grunn av kapasitetsutfordringer har vi i liten grad gjennomført videreutvikling av datavarehusløsningen i 2020 og 2021. Men vi er enige i at det er fornuftig å lage dashboard som samler mest mulig av den sentrale informasjonen knyttet til en klinikk/avdeling/enhet,	Ikke påbegynt
6	Gi styret rettidig informasjon om resultater fra gjennomførte risikovurderinger og om status i tiltaksgjennomføring knyttet til risikobildet.	Styret vil i tertialrapport 1 2022 bli forelagt foretakets overordnede risikovurdering knyttet til OD 2022.	Ikke påbegynt

Øvrige tiltak for å øke kapasitet er:

- Endret AAT til kortidspoliklinikk, for å øke kapasitet for polikliniske konsultasjoner, inkl kompetanseheving og økt rekruttering. Utført, estimert full effekt medio 2022.
- Implementere Intensivbehandling Bodø, Salten DPS, innovasjon- og samhandling med Forsvaret. Oppstart og inntak pasienter til Intensivbehandlingsteamet januar 2022.
- Kveldspoliklinikk, med bidrag av spesialister fra andre avdelinger i Bodø. Pågående.
- Videreføring av digitale konsultasjoner og oppfølging med bruk av digitale løsninger hvor aktuelt/ hensiktsmessig, kontinuerlig oppfølging av ledere.

Internrevisjonsrapport 02/2021

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

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 03.05.2021

Korrigert 05.08.2021

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.....	17
4.2 Tiltaksplaner og gjennomføring av tiltak.....	18
4.2.1 Observasjoner.....	18
4.2.2 Internrevisjonens vurderinger av tiltaksplaner og tiltaksgjennomføring...	22
4.3 Rapportering og oppfølging.....	24
4.3.1 Observasjoner.....	24
4.3.2 Internrevisjonens vurderinger av rapportering og oppfølging.....	25
5 Konklusjon og anbefalinger.....	26
5.1 Konklusjon.....	26
5.2 Anbefalinger.....	26

Vedlegg:

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

En korrigert versjon av rapporten ble utgitt 05.08.2021. Korrigeringen gjelder Figur 10 med tilhørende omtale, samt *Vedlegg 4*, hvor de samme opplysningene inngår.

Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Nordlandssykehuset i perioden januar 2021 – april 2021.

Formål og omfang av revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Nordlandssykehuset 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 Nordlandssykehuset er høyere enn måltallet på 40 dager i 2021, at ventetiden for ventende pasienter er økende, og at det er stor variasjon i hvordan tilgjengelig kapasitet benyttes. Vår konklusjon er at det ikke er etablert en tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen og kapasitetsutnyttelsen. De vesentligste svakhetene er at risikovurderinger ikke er gjennomført, at tiltaksplaner er fragmenterte og ufullstendige, og at lederoppfølgingen og informasjonen til styret er noe mangelfull. Internrevisjonen anbefaler at det iverksettes en rekke forbedringstiltak.

Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Nordlandssykehuset å:

1. Iverksette en dokumentert og helhetlig risikostyringsprosess knyttet til de overordnede målene, i samsvar med Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord.
2. Sørge for at underliggende målsettinger for psykisk helsevern for voksne inngår i foretakets risikostyringsprosess.
3. Innarbeide de belyste risikoområdene knyttet til variasjon i praksis som denne rapporten viser, i klinikkens risikovurderinger.
4. Basert på gjennomførte risikovurderinger, utarbeide en samlet tiltaksplan for arbeidet med reduksjon av unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen psykisk helsevern for voksne.
5. Videreutvikle datavarehusløsningen og effektivisere intern rapportering knyttet til data om ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse, som grunnlag for økt bruk av styringsindikatorer og analyser i forbedringsarbeidet.
6. Gi styret rettidig informasjon om resultater fra gjennomførte risikovurderinger og om status i tiltaksgjennomføring knyttet til risikobildet.

1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Nordlandssykehuset HF (NLSH) i perioden januar 2021 – april 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.

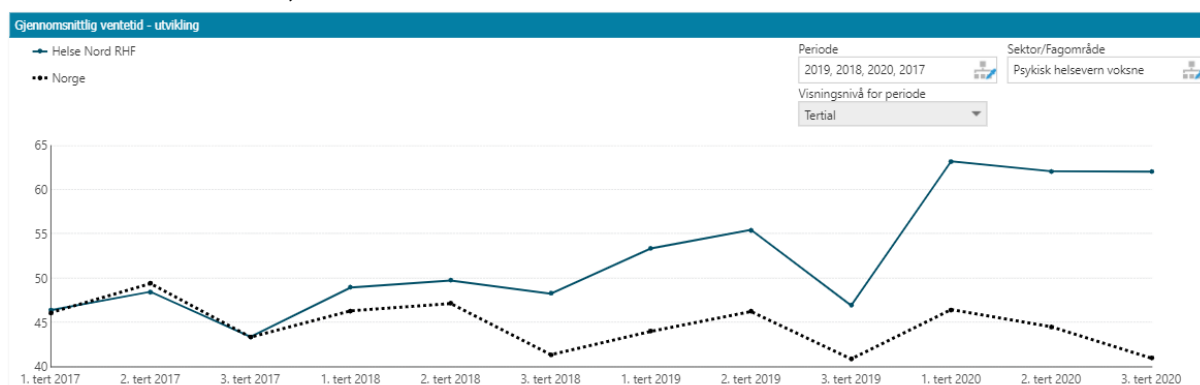
Revisjonen har bestått av:

- Melding om internrevisjon sendt 06.01.2021
- 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 enhetsledere for polikliniske enheter
- Oppsummeringsmøte 09.03.2021
- Rapportutkast sendt 09.04.2021, tilbakemelding mottatt 29.04.2021.

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 Nordlandssykehuset 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 Nordlandssykehuset, 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 avdelingsledere, enhetsledere, behandlere og kontorpersonell ved Allmennteam Salten og ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk Vesterålen (VOP Vesterålen), samt med klinikkleder og ass. klinikkleder i Psykisk helse- og rusklinikken. I tillegg er det gjennomført et gruppeintervju med avdelingsleder og ansatte i Avdeling for kvalitet og e-helse, samt et intervju med administrerende direktør og medisinsk direktør. Til sammen har 19 personer deltatt i intervjuer, hvorav de fleste 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. Antall pasienter pr. ansatt behandler
2. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner pr. dag pr. behandler
3. Hyppighet av konsultasjoner for utvalgte diagnosegrupper
4. Antall konsultasjoner og varighet av behandlingsforløp for utvalgte diagnosegrupper
5. Tidspunkt for henvendelse til Helfo
6. Andel henvisninger som avvikles via Helfo
7. Antall konsultasjoner kveldspoliklinikk
8. Andel gruppekontakter

Se *Vedlegg 4 – Utførte analyser*.

Spørreundersøkelse:

De seks enhetslederne for polikliniske enheter innen voksenpsykiatri i Nordlandssykehuset: Allmennteam Salten, VOP Indre Salten, Psykoseteamet, Korttidspoliklinikk, VOP Lofoten og VOP Vesterålen, 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 seks svarte.

På grunn av revisjonens metodevalg, har internrevisjonen gjennomført en personvernkonsekvensvurdering, 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 klinikken. Andre mål relatert til ventetid og kapasitetsutnyttelse fra *Oppdragsdokument 2021*² er lite kjent for flere av avdelings- og enhetslederne, eksempelvis:

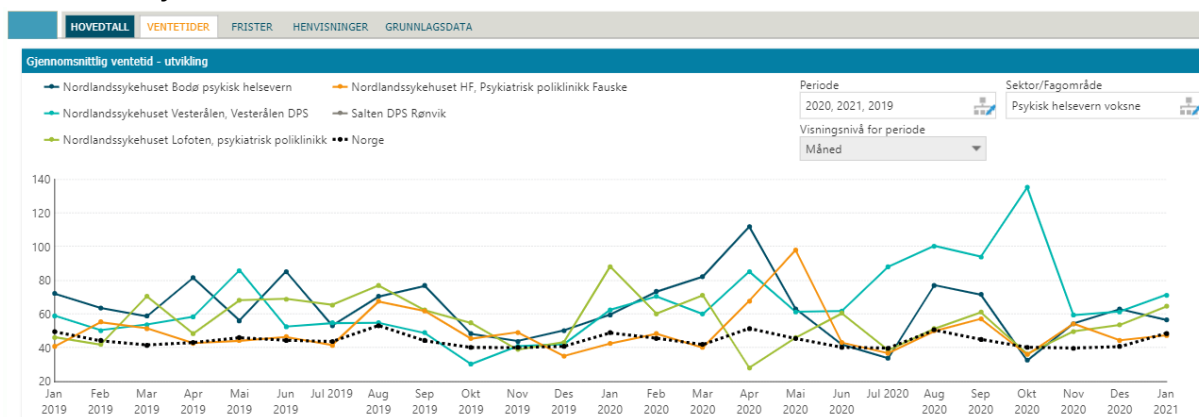
- Overholde minst 95 % av pasientavtalene innen utgangen av 2021.
- Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 prosent i 2021.
- Øke andelen planlagte konsultasjoner med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020.

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 Nordlandssykehuset har hatt ventetid innen PHV betydelig over landsgjennomsnittet i 2020. Den interne fordelingen i Nordlandssykehuset er illustrert i Figur 2 nedenfor.

I tillegg kan det finnes relevante resultater via Nordlandssykehusets portal i Helse Nord LIS, sortert på ulike temaer. Her er det ofte mulig å framstille resultatene mer detaljert, blant annet på organisatorisk enhet. Det er imidlertid en utfordring at organisatoriske enheter i Helse Nord LIS og Helsedirektoratet.no ikke samsvarer med hverandre, og heller ikke med klinikkens gjeldende organisering.

² Oppdragsdokument 2021 fra Helse Nord RHF til helseforetakene i regionen

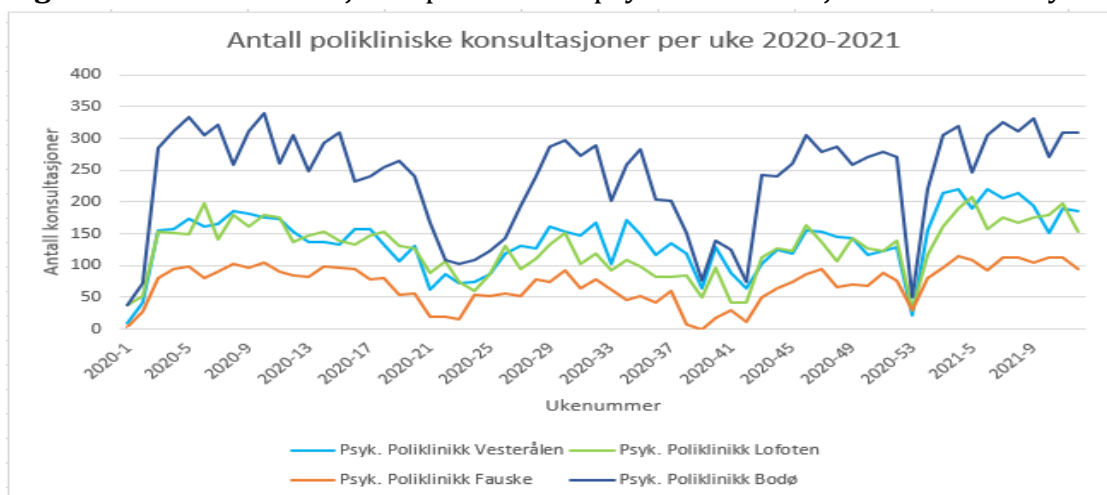
Figur 2. Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede, utvikling per «institusjon» i Nordlandssykehuset



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

I Helse Nord LIS finnes også oversikt over utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner, jf. Figur 3.

Figur 3. Antall konsultasjoner per distriktpsikiatrisk lokasjon i Nordlandssykehuset



Kilde: Basert på data i Helse Nord LIS

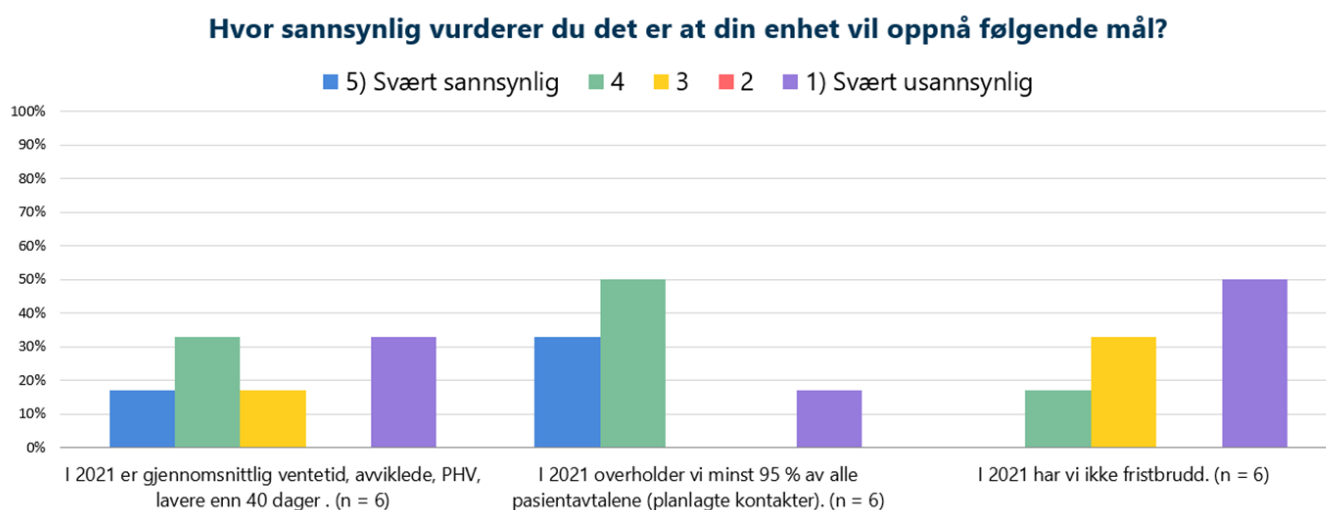
Avdelings- og enhetslederne har opplyst at de forholder seg til resultater som blir sendt dem direkte og presentert i møter, eventuelt resultater de selv kan se direkte i DIPS. Ingen av enhetslederne søker selv opp egne resultater i Helse Nord LIS eller på Helsedirektoratets nettsider.

4.1.1.2 Risikostyring og oppfatninger om risiko

Nordlandssykehuset har ikke gjennomført dokumenterte risikostyringsprosesser for måloppnåelse siden 2018. På tidspunktet for revisjonens oppsummeringsmøte var det heller ikke besluttet hvordan risikostyringsprosessen for 2021 skulle gjennomføres. Det ble uttalt at det pågår et arbeid med oppdatering av intern policy og prosedyre. Klinikken for psykisk helsevern og rusbehandling har ikke gjennomført risikovurderinger knyttet til mål om å redusere unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse.

Enhetsledernes 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



De vi intervjuet, var imidlertid nokså samstemte om at gjennomsnittlig ventetid under 40 dager i 2021, ikke er realistisk. Fra foretakets ledelse ble covid-19-pandemien framhevet som årsaken til dette. Vurderingene om hva som kreves for å nå dette målet, var imidlertid mer varierende, og følgende hovedpunkter ble trukket fram i intervjuer i klinikken:

- Mer personell/flere stillinger
- Stedlig overlege og flere psykologspesialister i Vesterålen
- Bedre samarbeid med kommunehelsetjenesten
- Bedre tilbud innen kommunehelsetjenesten i Vesterålen
- Bedre struktur og mer effektive forløp

Både enhetsledere 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». Noen opplyste at de oppfatter denne balansen som krevende og slitsom over tid, men at de likevel anser situasjonen som faglig forsvarlig.

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
- Risiko for unødvendig ventetid av andre årsaker

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».

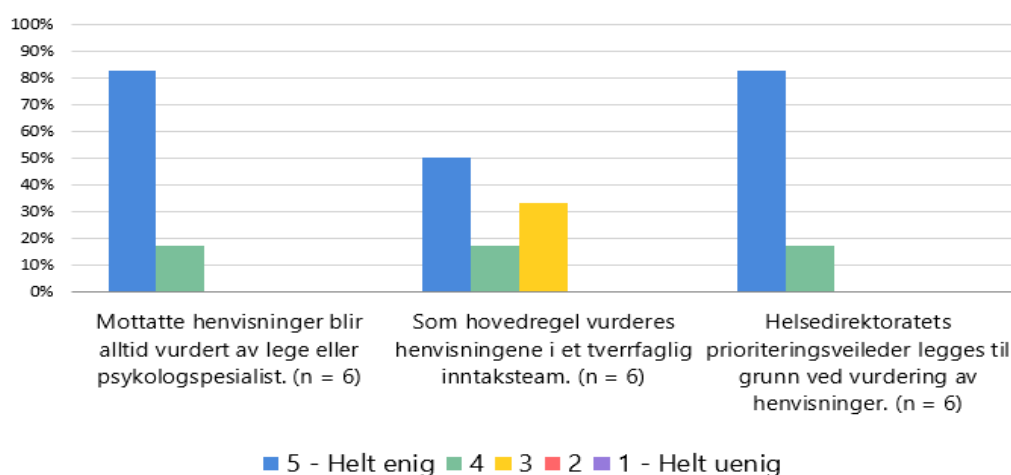
I intervjuer har internrevisjonen fått opplyst at henvisningene alltid vurderes av en spesialist og at vurderingen i all hovedsak gjøres av et inntaksteam. Sammensetningen av vurderingsteamene varierer imidlertid.

- Lofoten og Vesterålen DPS har ett felles, tverrfaglig inntaksteam med inntil sju deltakere som har møter to ganger ukentlig.
- Salten DPS har enhetsvise inntaksteam (unntatt for Korttidsenheten). I Allmennteam Salten har inntaksteamet bestått av to psykologspesialister, men fra februar 2021 er det besluttet sammensatt av lege og psykologspesialist. Her har teamet daglige møter.

Vi har videre fått opplyst at den nasjonale prioriteringsveilederen legges til grunn for vurderingen, men at det ikke blir journalført hvilke individuelle hensyn som vektlegges ved fristfastsettelse. I noen tilfeller registreres likevel slike forhold som «administrativ merknad» i vurderingsbildet i DIPS. Pasientene som innvilges rett til helsehjelp blir så fordelt til aktuell behandler, enten i inntaksmøtet eller ved at enhetsleder/forløpskoordinator fordeler på et senere tidspunkt. Se også kapittel 4.2.1.3 om planleggingshorisont. Informasjonen samsvarer godt med svarene i spørreundersøkelsen, jf. Figur 5.

Figur 5. Utdrag av resultater fra spørreundersøkelsen – vurderingspraksis

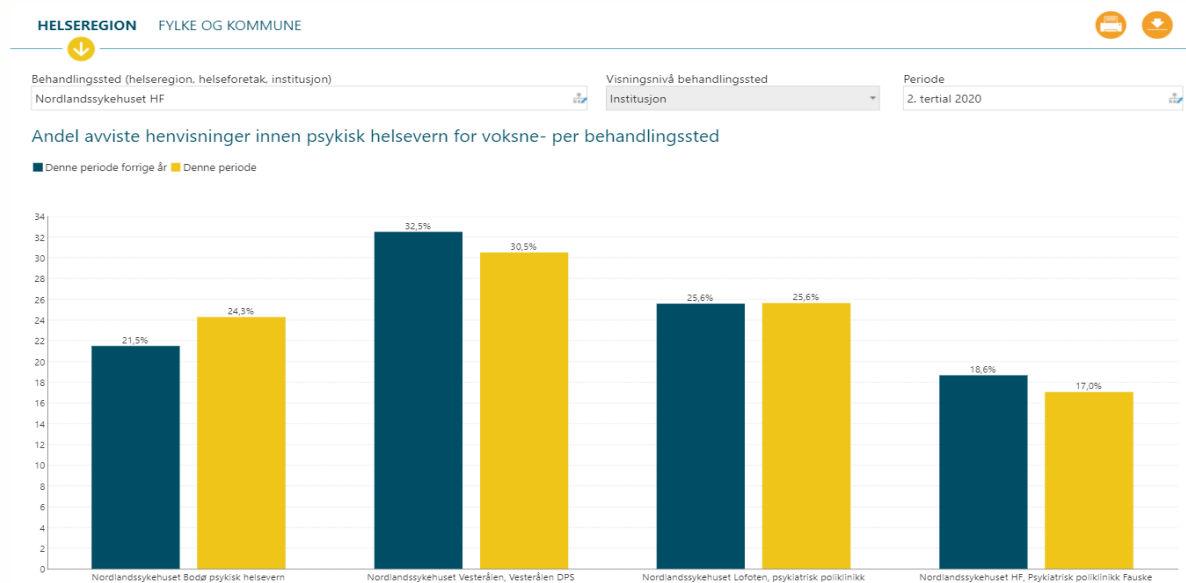
Hvor godt beskriver påstandene nedenfor praksisen i din enhet?



Internrevisjonen har fått opplyst at man som hovedregel etterspør tilleggsopplysninger, dersom henvisninger inneholder for lite informasjon til en reell rettighetsvurdering.

En av de nasjonale styringsindikatorene er «Andel avviste i psykisk helsevern for voksne». Avviste henvisninger er henvisninger der pasienten er vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Figur 6 nedenfor viser de sist publiserte indikatorresultatene. Andel avviste henvisninger varierer mellom «institusjonene» i foretaket, og tre av disse hadde høyere andel enn gjennomsnittet i Helse Nord 2. tertial 2020 (21,7 %).

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



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

Klinikkens interne driftsrapporter inkluderer tall på antall mottatte henvisninger og antall avviste henvisninger hentet fra DIPS-rapport. Dersom disse tallene benyttes til beregning av andel avviste henvisninger, avviker resultatene mye fra de nasjonale tallene. Vi har imidlertid fått opplyst at driftsrapportene er endret fra og med februar 2021, for å gjøre de mer sammenlignbare med nasjonalt datautvalg.

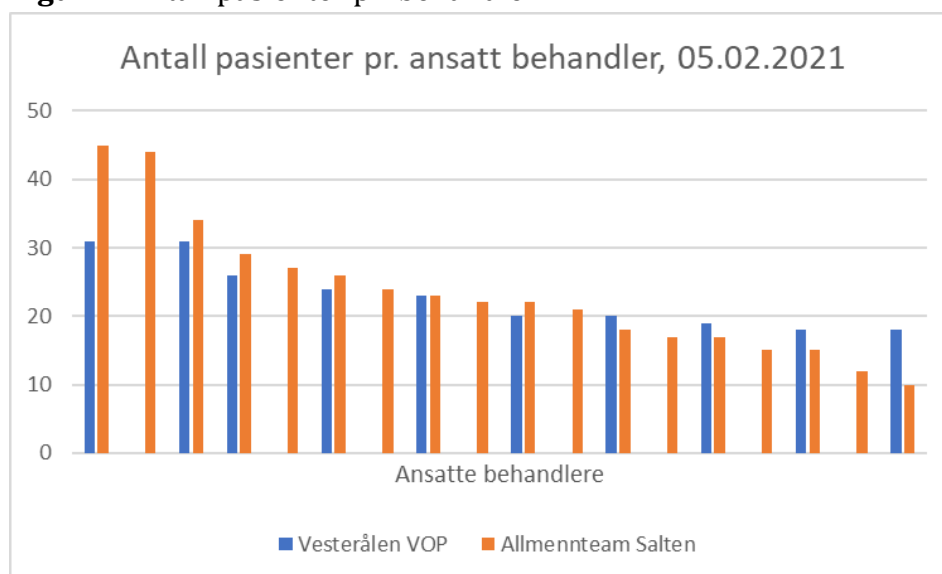
Vår journalgjennomgang viste at begrunnelse for avvisning blir dokumentert, og at den dominerende årsaken er «Ikke medisinsk indikasjon» for behandling i spesialisthelsetjenesten, jf. Vedlegg 3.

4.1.1.3.2 Risiko for unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelse

I intervjuene har vi fått opplyst at den enkelte behandler normalt forventes å ha omtrent 15-30 pasienter på sin behandlingsliste, men at dette varierer ut fra behandlerens erfaring og spesialisitet, og også ut fra kompleksitet i de aktuelle pasientforløpene. Figur 7 viser variasjonen i antall pasienter per behandler både mellom Vesterålen VOP og Allmennteam Salten, og innad i enhetene. Det framkommer relativt liten variasjon

mellom enhetene og mellom behandlerne i den enkelte enhet, men Allmennteam Salten har noen behandlere som skiller seg ut i begge ender av skalaen.

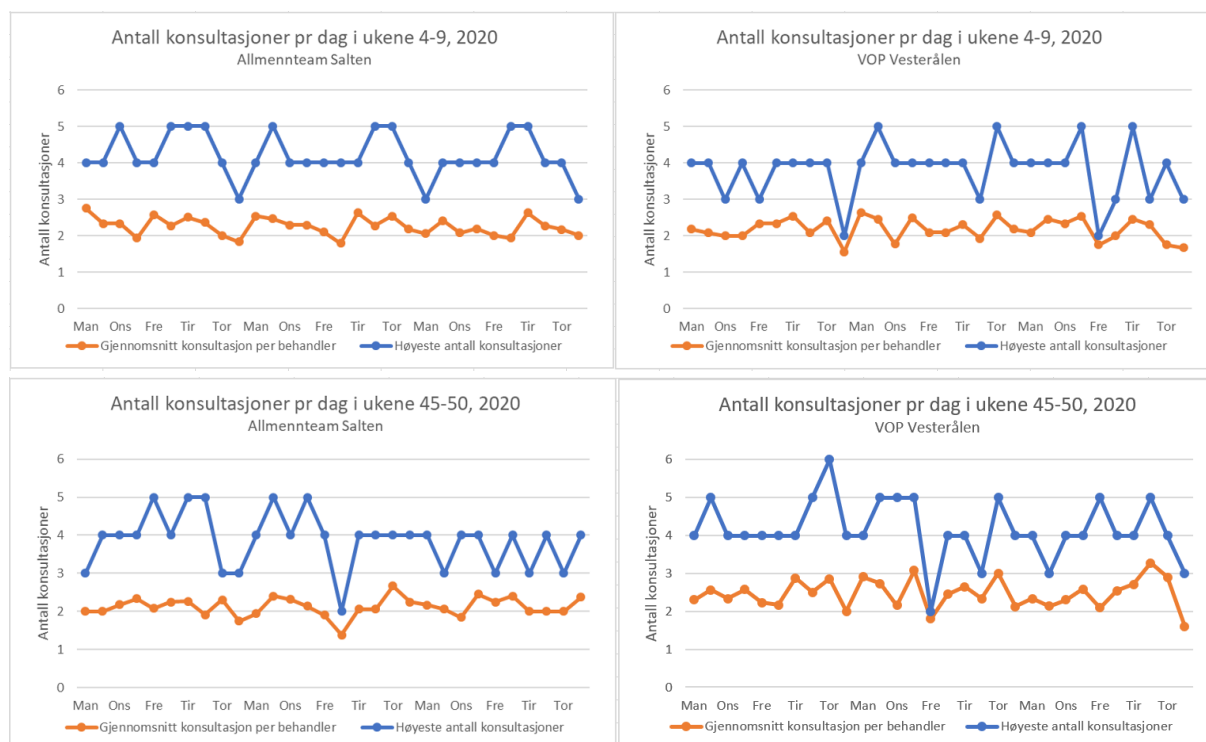
Figur 7. Antall pasienter pr. behandler



Kilder: D-1117, Pasienter pr. behandler pr. 05.02.2021 og Oversikt over ansatte per november 2020. Ekskl.: enhetsledere, fysioterapeuter og LIS.

Vi har videre fått opplyst at det har vært et mål om at den enkelte behandler i gjennomsnitt skal ha minst tre konsultasjoner per dag. Det er uklart om dette målet fortsatt er gjeldende i enhetene. Internrevisjonen har likevel analysert aktiviteten i et slikt perspektiv. Figur 8 viser at man ikke har hatt gjennomsnittlig tre konsultasjoner per behandler per dag, verken i ukene 4-9 eller i ukene 45-50, 2020. Dette gjelder både ved Vesterålen VOP og ved Allmennteam Salten. I analysen er det imidlertid ikke tatt hensyn til behandlerens stillingsstørrelse eller tilsettingsforhold, og oversikten inkluderer noen få behandlere fra øvrige enheter som bidrar i de polikliniske forløpene. Det framkommer i analysen at begge de aktuelle enhetene har hatt nedgang i antall gruppekonsultasjoner i disse periodene, jf. *Vedlegg 4, Analyse 8*. Mottatt informasjon tyder på at gruppetilbud styres av hvorvidt man har ansatte med egnet erfaring som tar initiativ, ikke av beslutninger av om slike behandlingsformer skal benyttes.

Figur 8. Antall konsultasjoner per dag i ukene 4-9, 2020 og ukene 45-50, 2020



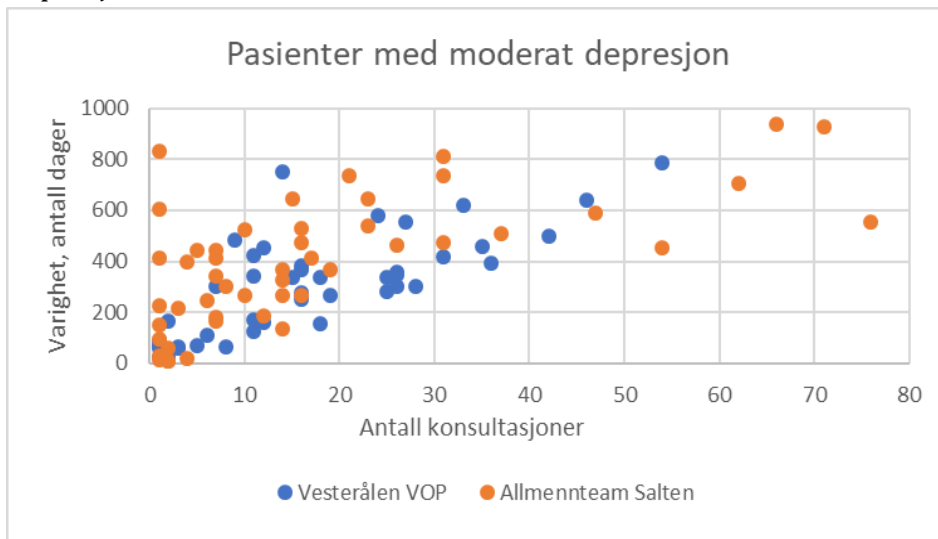
Kilde: D-6817, Oversikt polikliniske besøk i periode.

Oversikten inkluderer direkte pasientkontakt, samt indirekte pasientkontakt i form av telefonkonsultasjoner m/egenandel. Gjennomsnitt per 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. Behandlere med < 10 konsultasjoner i 6-ukersperioden er ekskludert. Linjeledere er ekskludert.

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 9 viser variasjonen i pasientforløpene for de enkelte pasientene med moderat depresjon. Det framkommer at det er mindre variasjon innad i Vesterålen VOP enn i Allmennteam Salten. For Allmennteam Salten er det flere forhold å merke seg av figuren, blant annet: pasienter med lange behandlingsforløp og bare én konsultasjon, pasienter med lange behandlingsforløp og moderat antall konsultasjoner, samt pasienter med mange konsultasjoner.

Figur 9. Antall konsultasjoner og varighet av behandlingsforløp, pasienter med moderat depresjon

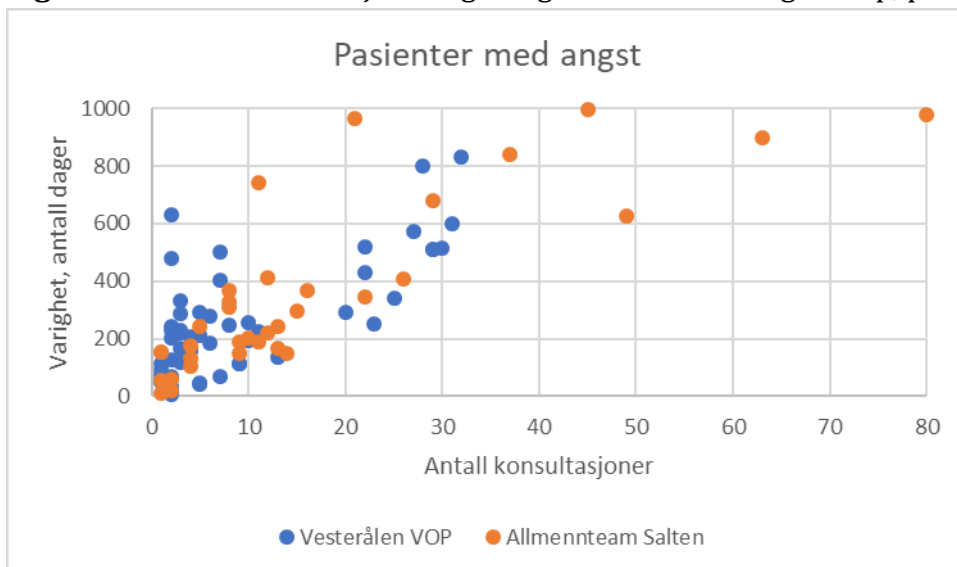


Kilde: D-2028, Avsluttede konsultasjonsserier i periode 01.01.2020-05.02.2021.

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, jf. Figur 10. Her framkommer det også at det er størst variasjon i Allmennteam Salten.

Figur 10. Antall konsultasjoner og varighet av behandlingsforløp, pasienter med angst



Kilde: D-2028, Avsluttede konsultasjonsserier i periode 01.01.2020-05.02.2021. Følgende ICD-10 diagnosekoder er inkludert: F4000, F4001, F400, F401, F402, F409, F410, F411, F418, F419.

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

4.1.1.3.4 Risiko for unødvendig ventetid av andre årsaker

Det har vært midlertidige endringer i regelverket på grunn av covid-19-pandemien, og plikten til å melde fristbrudd til Helfo var opphevet i perioden 27. mai – 1. oktober 2020.

Internrevisjonen har likevel valgt å se på omfanget av bruken av fristbruddordningen via Helfo. Ordningen gjelder pasienter der foretaket eller pasienten selv har konstatert at foretaket ikke klarer å tilby oppstart av helsehjelp innen den fastsatte fristen, og derfor anmoder Helfo om å tilby et alternativt behandlingssted. Det framkommer av Nordlandssykehusets regnskapssystem at det er kostnadsført ca. 9,5 millioner kroner for behandling til voksenpsykiatriske pasienter via Helfo i perioden fra januar 2020 til februar 2021. Omfanget av bruken av Helfo i de utvalgte enhetene for denne revisjonen, framkommer av Figur 11.

Figur 11. Omfanget av bruk av fristbruddordningen via Helfo

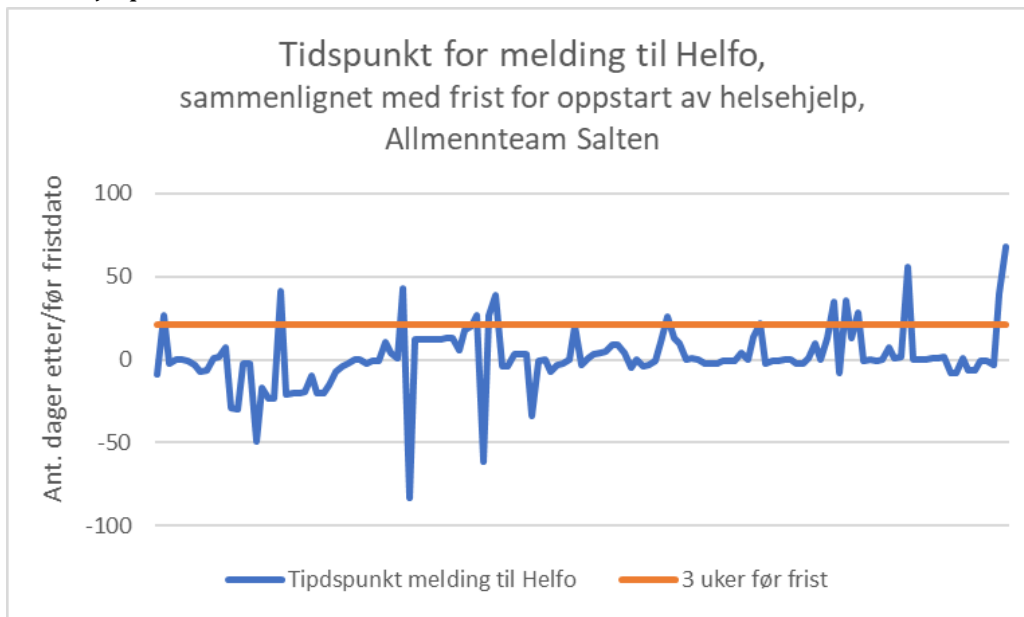
Enhet	DPS poliklinikk Bodø	DPS poliklinikk Vesterålen
Antall primær=1, Ekstern=1, Behandles=1	577	386
Antall Helfo kontaktet	134	1
Antall behandles annet sted rekr. Helfo	135	11
Andel Behandles Helfo	23 %	3 %

Kilde: D-6813, Oversikt henvisninger mottatt i periode 01.01.2020-05.02.2021

Internrevisjonen konstaterer at feltet «Helfo kontaktet» ikke alltid blir utfylt i DIPS. I tilfeller der Helfo kontaktes, sender poliklinikken i Vesterålen brev til pasienten om dette. Tilsvarende orientering til pasienten blir ikke gitt fra Allmennteam Salten, noe som innebærer at pasientene ikke får informasjon før Helfo tar kontakt.

Internrevisjonen fikk opplyst at henvisninger som er egnet til overføring til Helfo blir identifisert og merket allerede i inntaksmøtet ved Allmennteam Salten. Det framkom ingen informasjon om at man for disse henvisningene, undersøker om det kan skaffes alternativt tilbud internt i regionen eller hos avtalespesialister, slik regional prosedyre PR47114 pålegger. I Figur 12 er de 134 henvisningene som Allmennteam Salten har kontaktet Helfo om, sortert etter fristdatoen. Framstillingen viser om Helfo er kontaktet før eller etter fristdatoen (0-linjen). Positive tall er antall dager før fristen, og negative tall er det antall dager etter fristens utløp at Helfo ble kontaktet. I henhold til PR41107 skal melding til Helfo sendes minimum 21 virkedager før fristen. I figuren har vi likevel satt den oransje linjen ved 3 kalenderuker før fristen.

Figur 12. Tidspunkt for melding til Helfo, sammenlignet med frist for oppstart helsehjelp



Kilde: D-6813, Oversikt henvisninger mottatt i periode 01.01.2020-05.02.2021

Analysen viser at det i nesten alle tilfeller er sendt melding til Helfo senere enn tre uker før fristen. Det har imidlertid vært en positiv utvikling ved at det er færre som er meldt etter fristen for oppstart av helsehjelp i siste del av perioden.

4.1.2 Internrevisjonens vurderinger av mål og risikovurderinger

Etter internrevisjonens vurdering er det uheldig at Nordlandssykehuset ikke har gjennomført dokumenterte risikostyringsprosesser for måloppnåelse siden 2018, herunder ikke gjennomført risikovurderinger knyttet til mål om å redusere unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne. Dermed mangler styret og lederlinjen et viktig grunnlag for sine prioriteringer og beslutninger. Vi anser det som viktig at en dokumentert og helhetlig risikostyringsprosess knyttet til foretakets overordnede mål for 2021, iverksettes så raskt som mulig og viser til krav i oppdragsdokumenter og til *RL1602, Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord*. Risikoområdene knyttet til variasjon i praksis, som internrevisjonen har belyst i kap. 4.1.1.3, bør innarbeides i klinikkens risikovurderinger.

Foretaket og Psykisk helse- og rusklinikken har, gjennom sine faste ledermøter, etablert arenaer som legger godt til rette for forankring, forpliktelse og oppfølging av mål og besluttede tiltak. Vi anser det imidlertid som en svakhet at noen av målene relatert til pasientbehandling fra *Oppdragsdokument 2020* og *Oppdragsdokument 2021* er lite kjent for avdelings- og enhetslederne.

Internrevisjonen konstaterer at foretaket ikke har benyttet muligheten i Helse Nord LIS til å etablere en virksomhetsportal som er tilpasset klinikkens behov for lett tilgjengelige og oppdaterte indikatorresultater innen denne revisjonens tema. Vi anser det som en

svakhet at ledere heller ikke oppfordres til å benytte Helsedirektoratets nettsider som kilde til kunnskap om resultatutviklingen innen eget ansvarsområde og om variasjonen mellom enheter. Økt bruk av styringsindikatorer og dataanalyser framstår som nyttig i arbeidet med å redusere unødvendig ventetid til helsehjelp og unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Ikke minst gjelder dette analyser som kan belyse 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 Overordnede tiltaksplaner

I *Årlig melding 2019 for Nordlandssykehuset HF*, pkt. 3.3, ble det opplyst at «Det jobbes aktivt med ventetidsutfordring for PHV, PHB og TSB. Grunnet stadig økende tilsøkning og mangel på nok behandlere (spesialister) er målet ikke nådd. Det jobbes nå med strukturelle endringer for å kunne imøtekomme ventetid.» I tillegg ble det opplyst at «Økning og stabilisering i antall spesialister er foretakets hovedprioritering i 2020». I denne revisjonen har vi valgt å ikke gå inn på gjennomføringen av rekrutterings- og stabiliseringstiltak, men fokusere på tiltak som omhandler pasientforløpene og hvordan tilgjengelig kapasitet benyttes.

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 Nordlandssykehuset deltok i det regionale arbeidet med implementering av pakkeforløp i 2018-2019, men at det ikke er utarbeidet interne oversikter over hvilke tiltak som er implementert, hva som evt. gjenstår og hvilke områder som er utfordrende. Vi har imidlertid fått informasjon om at det jobbes kontinuerlig med rekruttering av leger, for å sikre overholdelse av kravet om at lege/psykiater involveres i alle pakkeforløp.

Klinikkledelsen har informert om at det er gjort en stor jobb, som startet før pandemien, med overgang til bruk av videokonsultasjoner og reduksjon av ambulering, hvilket vil gi behandlerne større kapasitet. I tillegg har ca. 60 medarbeidere fått kompetanseheving i kognitiv terapi i 2019 og 2020, noe som gir et godt grunnlag for å ta i bruk andre digitale og nettbaserte løsninger basert på kognitiv terapi, eksempelvis eMeistring.

Internrevisjonen har videre fått opplyst at klinikken ikke har tatt i bruk rapporten fra SKDE (2019) og Helseatlas (2020), omtalt i kap. 1.1., som grunnlag for konkrete forbedringstiltak, og at pasient- og pårørendeerfaringer bare i begrenset omfang benyttes i tiltaksarbeid.

Vi konstaterer at det ikke foreligger en samlet, aktiv tiltaksplan for et koordinert og langsiktig arbeid med reduksjon av unødvendig ventetid og variasjon i kapasitets-utnyttelsen innen PHV i Nordlandssykehuset.

4.2.1.2 Tiltak på avdelings- og enhetsnivå

Internrevisjonen har blitt informert om at det er fullført eller igangsatt en rekke tiltak i den enkelte avdeling eller enhet for å redusere unødvendig ventetid og variasjon i kapasitets-utnyttelsen. Dette omfatter blant annet:

- Salten DPS:
 - Omorganisert og opprettet Korttidspoliklinikk
 - Endret rådgiverstilling Salten DPS til behandlerstilling i Allmennteam Salten
 - Opprettet kveldspoliklinikk (frivillig)
 - Planlagt utdanning og implementering av intensivbehandling for allmennpsykiatriske tilstander
 - Videre strukturering av polikliniske forløp
- Lofoten og Vesterålen DPS:
 - Jobbet mye med strukturering av forløp
 - Opprettet forløpskoordinator ved begge lokasjoner
 - Gjennomført kveldspoliklinikk i Vesterålen
 - Avholdt dialogmøter med kommuner i Vesterålen om bl.a. ulik bruk av spesialisthelsetjenesten

Det finnes ingen oversikt over de pågående tiltakene i Salten DPS, verken med angivelse av ansvar, frist eller status for gjennomføringen. Lofoten og Vesterålen DPS har ingen pågående tiltak. Tiltakene som det er opplyst om, anses som fullført.

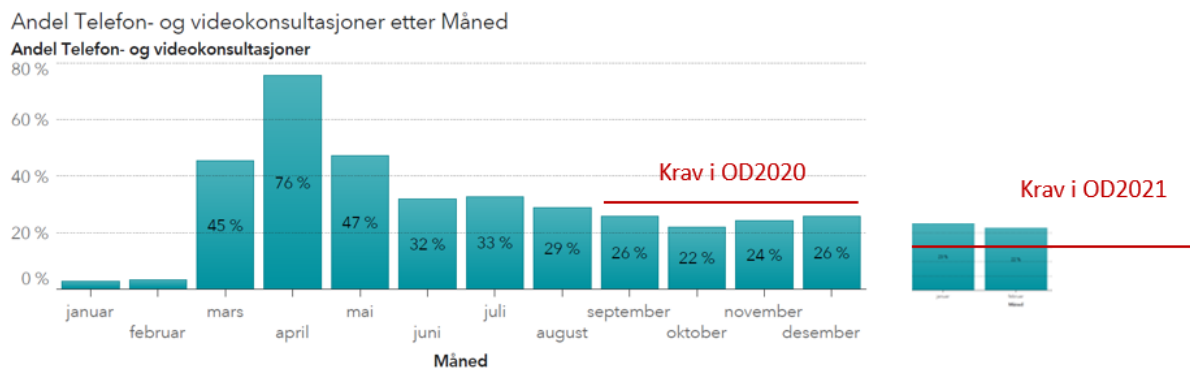
4.2.1.3 Internrevisjonens undersøkelser av tiltaksgjennomføring

Internrevisjonen har innhentet statusinformasjon om gjennomføringen av kveldspoliklinikk og om bruken av digitale konsultasjoner.

Gjennomføring av kveldspoliklinikk i Bodø og Vesterålen er bekreftet i intervju og ved analyse basert på DIPS-uttrekk, jf. *Vedlegg 4*, analyse 7.

Internrevisjonen har innhentet data fra Helse Nord LIS om bruken av digitale konsultasjoner som er registrert i henhold til prosedyre, jf. Figur 13.

Figur 13. Bruken av digitale konsultasjoner (telefon og video) i «Avdeling DPS»
2020: **2021:**

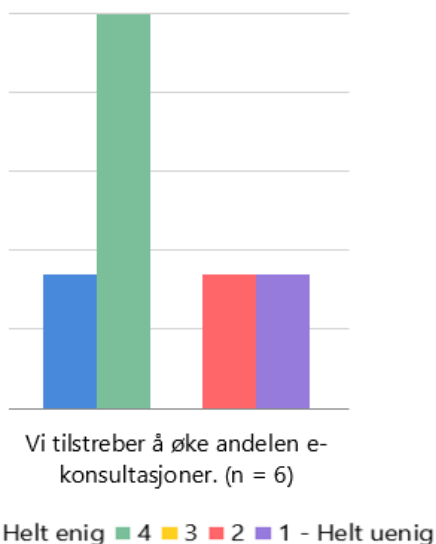


Kilde: Helse Nord LIS

Ytterligere nedbryting av disse tallene fra 2021 viser at «DPS poliklinikk Vesterålen» har hatt 58 % og 59 % digitale konsultasjoner i henholdsvis januar og februar, mens de tilsvarende tallene for «DPS poliklinikk Bodø» har vært 7 % begge månedene. Tallene er bekreftet i oppsummeringsmøtet. Dette understøttes også av svar fra spørreundersøkelsen i Figur 14.

Figur 14. Utdrag av resultater fra spørreundersøkelsen – andelen e-konsultasjoner

Hvor godt beskriver påstandene nedenfor
 situasjonen i din enhet?



I tillegg har vi valgt å se nærmere på gjennomføringen av tiltak knyttet til følgende tre nasjonale/regionale krav:

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

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. Dersom det er mulig, skal pasienten få oppgitt en time for utredning eller behandling. Vi har fått opplyst at Psykoseteamet og VOP Indre Salten gir time i første brev, mens øvrige poliklinikker ikke gjør dette.

Blant annet for å legge til rette for etterlevelse av dette lovkravet, ble det i 2016³ stilt et nasjonalt krav om planleggingshorisont for bemanning og timetildelingshorisont ved poliklinikkene på minimum seks måneder. Fra 2020 ble det også innført en nasjonal styringsindikator for planleggingshorisont. I *Revidert oppdragsdokument for 2020 fra Helse Nord RHF til helseforetakene*, ble det stilt krav om å øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i andre halvår 2020, sammenliknet med andre halvår 2019, samtidig med en påminnelse om at tidligere krav fortsatt er gyldig. Figur 15 illustrerer at planleggingshorisonten innen PHV i Nordlandssykehuset ved inngangen til oktober 2020 avvek betydelig fra gjeldende krav, og at det kun var et fåtall pasienter med fastsatt oppmøtetid mer enn to måneder fram i tid. Det er ikke publisert ferskere resultater for denne indikatoren.

Figur 15. Planleggingshorisont for poliklinisk virksomhet, PHV i Nordlandssykehuset, fra OKT 2020.



Kilde: [Helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten](https://helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten)

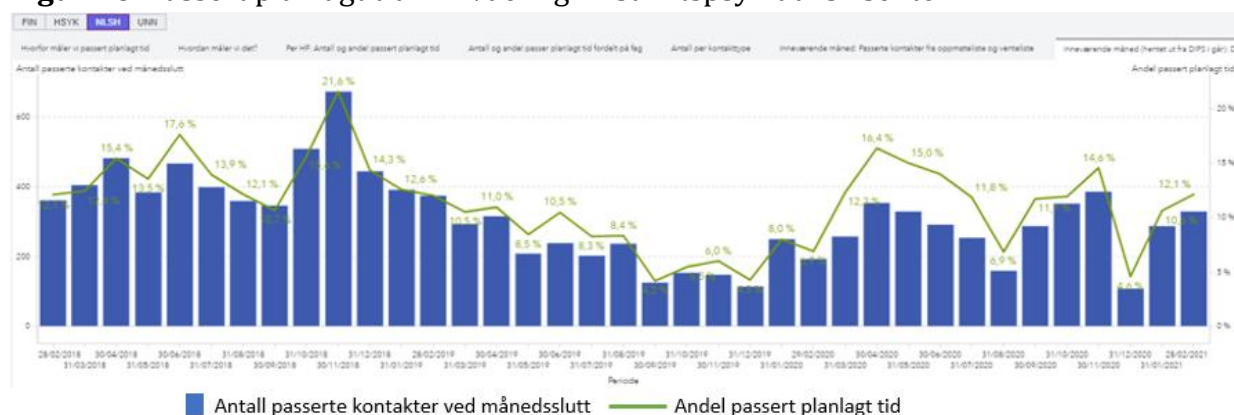
I intervjuene framkom det at denne indikatoren ikke var kjent i klinikken, og det var derfor ikke vurdert tiltak for å øke planleggingshorisonten.

³ Jf. foretaksmøte mellom foretaket og Helse Nord RHF 04.09.2015.

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.

Figur 16. Passert planlagt tid i «Avdeling: Distriktpsikiatrisk senter»



Kilde: Helse Nord LIS

Behandlingsplan

Kravet om at det skal utarbeides en behandlingsplan for den enkelte pasienten, 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.
- I Lofoten og Vesterålen DPS gjennomføres det rutinemessige journalkontroller. Resultatet fra siste kontroll i VOP Vesterålen ble gjennomgått i personalgruppen 09.12.2020. I presentasjonen framkommer det at behandlingsplaner «finnes av og til, nok hos de fleste», og at «noen får ekstremt gode, noen får ingen».
- Det er nylig gjennomført journalkontroll også i Allmennteam Salten, men rapport er ikke ferdigstilt.

Internrevisjonens journalgjennomganger viser at det ikke utarbeides behandlingsplaner i tilstrekkelig grad. Vi fant behandlingsplan i 8 av 15 journaler i Allmennteam Salten og i 5 av 15 journaler i VOP Vesterålen, jf. Vedlegg 3. Avslutningskriterier var mangelfullt/ varierende definert i behandlingsplanene vi gjennomgikk.

4.2.2 Internrevisjonens vurderinger av tiltaksplaner og tiltaksgjennomføring

Den gjennomførte omorganiseringen i Salten DPS framstår som et egnet tiltak i styringen med ventetidsutviklingen og kapasitetsutnyttelsen i klinikken, og

internrevisjonen anser det som viktig at det gjennomføres en evaluering av effekten, slik også styret har bedt om i sak 065-2020. Dette omtales nærmere i kap. 4.3.1.3.

Ventetid for ventende har vært stigende fra november 2020, jf. *Vedlegg 4*, noe som øker risikoen for manglende oppnåelse av ventetidsmål for 2021. Det er stor variasjon i kapasitetsutnyttelsen, jf. kap. 4.1.1. Etter vår vurdering vil en tilnærming som i hovedsak baseres på tiltak i den enkelte avdeling eller enhet, neppe være tilstrekkelig for å nå målene. Flere av utfordringene krever koordinerte tiltak. Reduksjon av variasjon mellom enheter krever også systemer for, og vilje til, å bruke andres erfaringer i eget forbedringsarbeid, herunder også rapporten fra SKDE (2019) og Helseatlas (2020). Vi vurderer det derfor som en svakhet at det ikke foreligger en samlet, aktiv tiltaksplan for et koordinert og langsiktig arbeid med reduksjon av unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen PHV i Nordlandssykehuset. En slik tiltaksplan bør ha utgangspunkt i gjennomførte risikovurderinger, som vi har anbefalt i kap. 4.1.2.

Risikoområdene og svakhetene som internrevisjonen har synliggjort, bør tas hensyn til ved utarbeidelse av tiltaksplanen. Vi gir her en nærmere vurdering av forholdene vi anser som de viktigste:

- Vi vurderer det som uheldig at Salten DPS ikke har kapasitet til å håndtere en større andel av pasientene som innvilges rett til helsehjelp, noe som har medført at en høy andel har fått behandling via Helfo. Det synes hensiktsmessig i større grad å undersøke muligheter til å skaffes alternativt tilbud internt i regionen eller hos avtalespesialister, i henhold til regional prosedyre PR47114. Det er imidlertid positivt at fristbruddordningen benyttes slik at pasientenes rettigheter ivaretas. Internrevisjonen anser det likevel som naturlig at foretaket vurderer kostnadene ved fristbrudd opp mot muligheten for å styrke intern behandlingsskapitet.
- Vi anser det videre som uheldig at en så lav andel av konsultasjonene i «DPS poliklinikk Bodø» gjennomføres digitalt, og at det ikke tilstrebes å øke denne andelen for pasienter der dette egnet.
- Sett i sammenheng med at oversikt over etterlevelsen av tiltak knyttet til pakkeforløp og måloppnåelsen for forløpstider mangler, er det risiko for at noe av den observerte variasjonen i gjennomføringen av pasientforløpene, er unødvendig. Samtidig erkjenner vi at de fastsatte diagnosene ikke reflekterer hele kompleksiteten i pasientenes sykdomsbilde, og at noe av den påviste variasjonen derfor kan være nødvendig. Variasjonen har uansett stor betydning for poliklinikkenes kapasitet.
- Når det gjelder kapasitetsutnyttelse, har vi konstatert at det er variasjoner både når det gjelder antall pasienter per behandler og antall konsultasjoner den enkelte behandler har per dag. Også dette kan ha ulike forklaringer, herunder utfordringer knyttet til intern ressursstyring. Oppfølging av pasientlister og av pågående forløp er egnede tiltak i denne forbindelse.
- Det framstår som hensiktsmessig å vurdere mulighetene for økt bruk av gruppekonsultasjoner.
- Det planlagte tiltaket om opplæring i, og implementering av, intensive behandlingsformer ser ut til å være relevant og viktig å komme videre med.
- Vi anser det som en svakhet at pasient- og pårørendeerfaringer i begrenset omfang benyttes i tiltaksarbeidet.

Tiltaksplaner bør konkretiseres slik at det framkommer klart hva som skal utføres, hvem som har ansvar for det enkelte tiltaket og hvilke frister som gjelder, og det bør gjøres tydelige lederbeslutninger om disse planene.

4.3 Rapportering og oppfølging

4.3.1 Observasjoner

4.3.1.1 Oppfølging av måloppnåelse i lederlinjen

Det gjennomføres månedlige oppfølgingsmøter i klinikken. Til oppfølgingsmøtene utarbeides det interne oversikter over aktivitetstall og indikatorresultater basert på DIPS-rapporter, både på klinikk-, avdelings- og enhetsnivå. Her inngår blant annet antall fristbrudd (avviklede og ventende), ventetid (avviklede og ventende), antall mottatte og antall avviste henvisninger, vurderingstid og andel epikriser sendt innen frist. Vi har fått opplyst at oversiktene benyttes som grunnlag for gjennomgang av status og utfordringer. Klinikkrådgiver sender i tillegg ut ukentlige rapporter over fristbrudd og truende fristbrudd, til oppfølging i enhetene.

Klinikken mottar også rapporter fra Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) annenhver måned. Det framkommer av mottatt rapport per desember 2020 at «SKSD rapporterer på avtalte parameter angitt i Service og Leveranse avtale. Rapport distribueres til klinikksjef for Psykisk helse og rus klinikk med kopi til adm. direktør og medisinsk direktør. Som helhet skal den gjennomgås med ledergruppe PHR klinikk på driftsmøter». Rapporten omfatter blant annet måloppnåelse for vurderingstid, ventetid ventende, antall fristbrudd og andel passert planlagt tid. Det inngår også informasjon om antall pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny planlagt kontakt, dokumenter som ikke er ferdigstilt og andre parametere som uttrykker forhold knyttet til restanser i arbeidsflyt og journalføring. Internrevisjonen har lite informasjon om hvilken oppfølging som gjøres som følge av rapportgjennomgang i driftsmøtene, men det er ingen som har nevnt konkrete forbedringstiltak med bakgrunn i disse rapportene.

4.3.1.2 Tiltaksoppfølging i lederlinjen

Det finnes lite dokumentasjon for at status for gjennomføring av konkrete tiltak rapporteres, vurderes og følges opp. Vi har merket oss følgende:

VOP Vesterålen:

- Det er ansatt egen forløpskoordinator i full stilling. Det er opplyst at man har tatt utgangspunkt i Helsedirektoratets anbefalinger og tilpasset rollen etter lokale behov, men det er ikke utarbeidet egen rollebeskrivelse. Forløpskoordinator deltar i inntaksmøter, fordeler nye pasienter til behandlerne og følger opp pasientene som står på ventelistene.
- Enhetsleder og forløpskoordinator har regelmessige møter med hver behandler der pasientlisten gjennomgås og behandlingsplaner diskuteres.
- Det gjennomføres journalkontroll som en del av leders oppfølging, prosedyrefestet fire ganger årlig.

Allmennteam Salten:

- Forløpskoordinatorfunksjonen er tillagt enhetsleder og utøves ved å fordele nye pasienter til behandlerne etterhvert som de gir beskjed om ledig kapasitet. Ut over dette har enhetsleder/forløpskoordinator ingen løpende koordinering eller oppfølging av det enkelte pasientforløp.
- Enhetsleder kan se behandlernes pasientlister direkte i DIPS. Enhetsleder har opplyst at gjennomgang av listene er startet, men ikke systematisk.
- Klinikkledelelsen fikk gjennomført journalkontroll i enheten på nyåret 2021, basert på prosedyre i Lofoten og Vesterålen DPS, men rapport er ikke ferdigstilt.

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 ventetid, fristbrudd og andel passert planlagt tid.
- Tiltak som er tatt i bruk/iverksatt for å øke måloppnåelsen, er omtalt i styresakene.
- Det har vært egne styresaker om omorganiseringen i Salten DPS, og styret har bedt om å bli orientert om effekten av omorganiseringen på behandlingsskapasitet, nedgang i ventetid og fristbrudd. Adm. direktør har opplyst at slik tilbakemelding til styret vil bli gitt høsten 2021.
- Det er ikke gitt skriftlig informasjon om gjennomført risikostyring for måloppnåelse i 2020 eller 2021.

4.3.2 Internrevisjonens vurderinger av rapportering og oppfølging

Internrevisjonen vurderer lederlinjens oppfølging av måloppnåelse og tiltaks-gjennomføring som noe mangelfull. Spesielt savner vi beslutninger om forbedringstiltak innen områder med vedvarende utfordringer. Tiltakene må deretter følges opp og vurderes opp mot ønsket effekt på resultatoppnåelsen og risikobildet.

Internrevisjonen vurderer også at foretaket har et effektiviseringspotensial i forbindelse med analyse og intern rapportering av virksomhetsdata. Det ser ut til at det er en viss grad av overlapping mellom analyseoppgavene som ivaretas internt i klinikken og av SKSD. Det vises også til vår vurdering i kap. 4.1.2 om manglende tilrettelegging i Helse Nord LIS. Internrevisjonen anser det som hensiktsmessig at det i størst mulig grad legges opp til løsninger som gjør den enkelte leder «selvforsynt» med relevante virksomhetsdata, og at indikatorer i så stor grad som mulig defineres likt internt og nasjonalt.

Internrevisjonen vurderer det som positivt at styret har fått informasjon om iverksatte tiltak. I saken om omorganisering i Salten DPS har styret tatt en aktiv rolle og bedt om å bli orientert om effekten av omorganiseringen. Vi anser likevel den generelle informasjonen til styret som noe mangelfull, all den tid det ikke mottar rettidig informasjon om resultater fra gjennomførte risikovurderinger.

5 Konklusjon og anbefalinger

5.1 Konklusjon

Internrevisjonen konstaterer at gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne i Nordlandssykehuset er høyere enn måltallet på 40 dager i 2021, at ventetiden for ventende pasienter er økende, og at det er stor variasjon i hvordan tilgjengelig kapasitet benyttes. Vår konklusjon er at det ikke er etablert en tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen og kapasitetsutnyttelsen. De vesentligste svakhetene er at risikovurderinger ikke er gjennomført, at tiltaksplaner er fragmenterte og ufullstendige, og at lederoppfølgingen og informasjonen til styret er noe mangelfull. Internrevisjonen anbefaler at det iverksettes en rekke forbedringstiltak.

5.2 Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Nordlandssykehuset å:

1. Iverksette en dokumentert og helhetlig risikostyringsprosess knyttet til de overordnede målene, i samsvar med *Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord*.
2. Sørge for at underliggende målsettinger for psykisk helsevern for voksne inngår i foretakets risikostyringsprosess.
3. Innarbeide de belyste risikoområdene knyttet til variasjon i praksis som denne rapporten viser, i klinikkens risikovurderinger.
4. Basert på gjennomførte risikovurderinger, utarbeide en samlet tiltaksplan for arbeidet med reduksjon av unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen psykisk helsevern for voksne.
5. Videreutvikle datavarehusløsningen og effektivisere intern rapportering knyttet til data om ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse, som grunnlag for økt bruk av styringsindikatorer og analyser i forbedringsarbeidet.
6. Gi styret rettidig informasjon om resultater fra gjennomførte risikovurderinger og om status i tiltaksgjennomføring knyttet til risikobildet.

Vedlegg 1 – Dokumentoversikt

Oversikt over dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med revisjonen.

Styresaker i Nordlandssykehuset HF:

- Styresak 017-2020, Årlig melding 2019
- Styresak 042-2020, Tertialrapport 1-2020 Nordlandssykehuset HF
- Styresak 052-2020, Virksomhetsrapport mai 2020
- Styresak 054-2020, Rapport fra Ledelsens gjennomgang av foretaket 2019
- Styresak 056-2020, Endring av faglig innretning i enhet (AAT) ved Salten DPS
- Styresak 065-2020, Endring av ressursbruk ved Salten DPS - tiltak for økt behandlingsskapasitet
- Styresak 075-2020, Virksomhetsrapport august 2020
- Styresak 076-2020, Tertialrapport 2-2020 Nordlandssykehuset HF
- Styresak 085-2020, Virksomhetsrapport september 2020
- Styresak 099-2020, Virksomhetsrapport november 2020
- Styresak 104-2019, Budsjett 2020
- Styresak 101-2020, Budsjett 2021

- Brev fra Nordlandssykehuset til Helse Nord RHF 19.08.2020 vedrørende krav i justert OD 2020, handtere fristbrudd

Interne dokumenter, Nordlandssykehuset HF:

- Referater fra møter i Nordlandssykehusets brukerutvalg i perioden 2019-2020
- RL1592, Risikopolicy, versjon 1, gyldig fra 07.07.2017
- RL5525, Veileder risikovurdering, versjon 1.1
- PR25911, Risikovurdering og risikostyring, versjon 2.2

Interne dokumenter, Psykisk helse- og rusklinikken:

- OL0989, Organisasjonskart NLSH HF, versjon 4.15
- Risikovurdering av endring av drift ved Salten DPS (AAT), utført vår 2020
- RP1449, Ledelsens gjennomgang 2018, Psykisk helse og rusklinikken
- Referat fra ledermøte i PHR-klinikken 26.06.2019
- Utkast til referat fra Ledelsens gjennomgang 2019, Psykisk helse og rusklinikken, datert 20.03.2020
- Månedrapport Psykisk helse og rus, Rapportering fra senter for klinisk støtte og dokumentasjon, pr. desember 2020
- Intern statistikk per desember 2020 til oppfølgingsmøter med avdelingsledere
- Intern statistikk per februar 2021 til oppfølgingsmøter med avdelingsledere
- Oversikt over inntrådte og truende fristbrudd, utsendt 15.01/22.01/05.02.21
- PR37813, Behandlingsplan - journalansvarlig, PHR-klinikken, versjon 1.3
- Mal: Behandlingsplan PHV Edi, mottatt 15.02.2021

Interne dokumenter, Lofoten og Vesterålen distriktpsikiatriske senter:

- PR33837, Inntaksrutiner, versjon 3
- RL4041, Retningslinjer for prioritering av inntak, versjon 4
- SJ6315, Prioriteringstabell i kortversjon, versjon 2
- PR47949, Intern journalkontroll, versjon 1
- PR 47950, Mal for gjennomgang av pasientjournal ved internkontroll, versjon 1
- Internkontroll Voksenpsykiatrisk enhet Vesterålen, presentasjon datert 09.12.2020

Interne dokumenter, Salten distriktpsikiatriske senter:

- Plan for internundervisning ved Allmennteam Salten, vår 2020, høst 2020 og vår 2021
- PR09254, Prosedyre for et standard behandlingsforløp ved VOP allmennpsykiatrisk team, versjon 1.2
- PR17655, Avslutninger av behandlingsserier, Allmennpsykiatrisk team Salten DPS, versjon 2.1
- PR23446, Rutine ved ""ikke møtt"" til behandling ved 1. innkalling, Allmennpsykiatrisk team Salten DPS, versjon 1

Dokumenter utarbeidet til internrevisjonen:

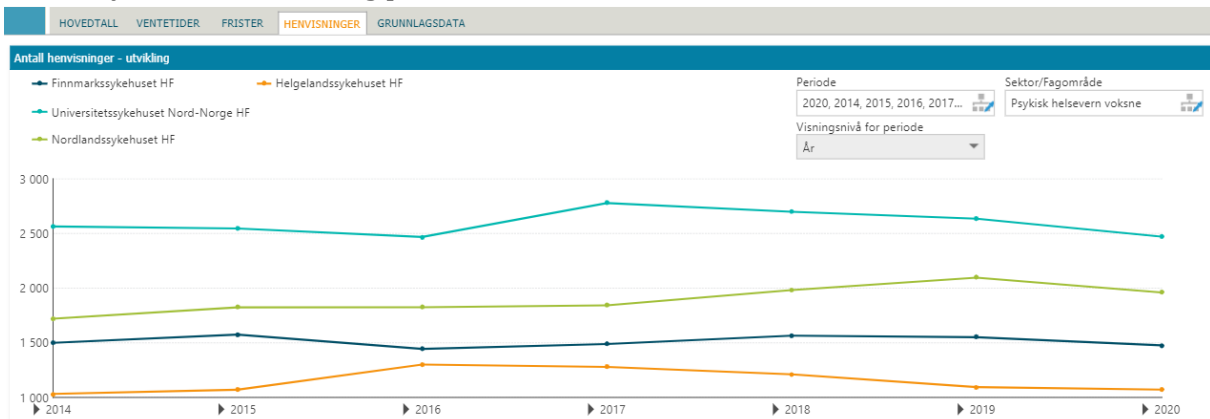
- Brev datert 27.01.2021, Oversendelse av dokumentasjon – internrevisjon ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse psykisk helsevern voksne
- Notat fra klinikkjef med orientering om besluttede tiltak, mottatt 27.01.2021
- Oversikt over ansatte i Allmennteam Salten, pr. 15.02.2021
- Oversikt over ansatte i Voksenpsykiatrisk enhet Vesterålen, pr. 18.02.2021

Vedlegg 2 – Måleresultater psykisk helsevern for voksne

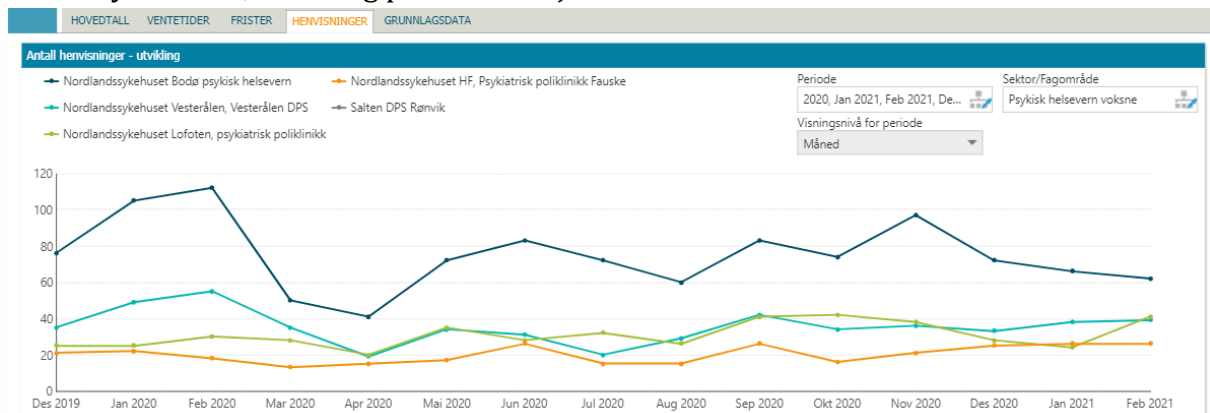
Måleresultater fra:

- 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

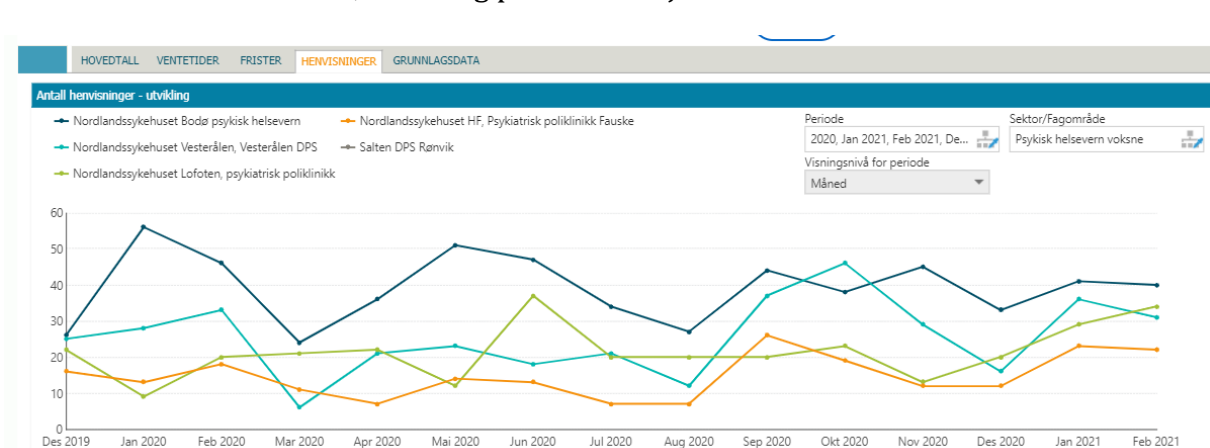
Antall nyhenviste, utvikling per HF i Helse Nord



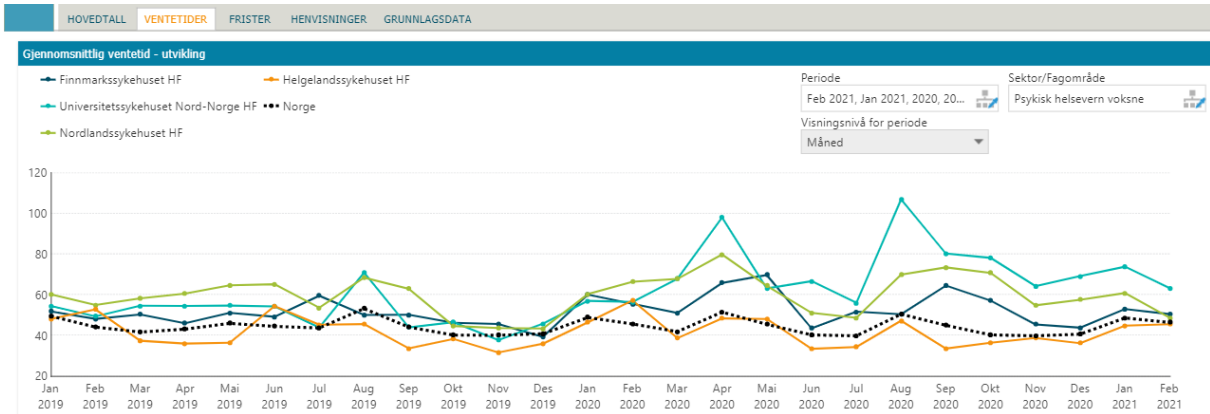
Antall nyhenviste, utvikling per «institusjon» i NLSH



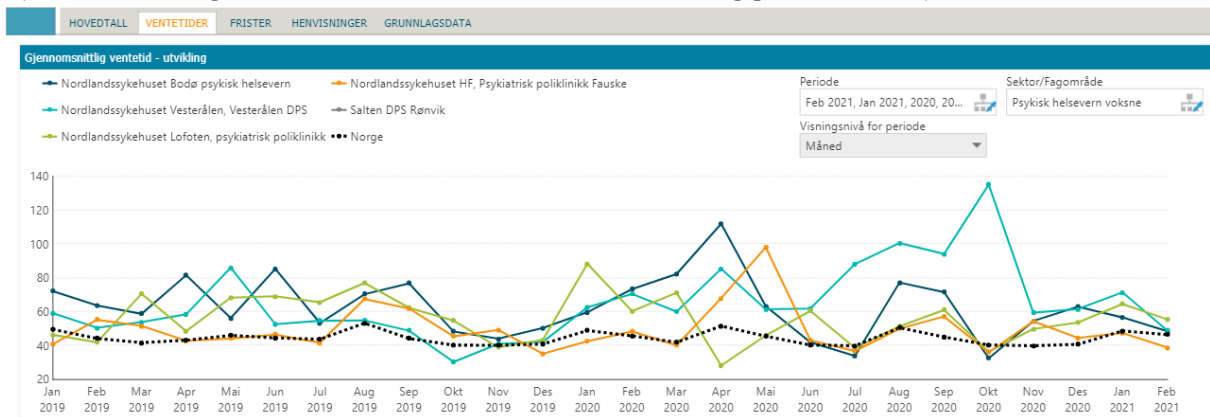
Antall ordinært avviklede, utvikling per «institusjon» i NLSH



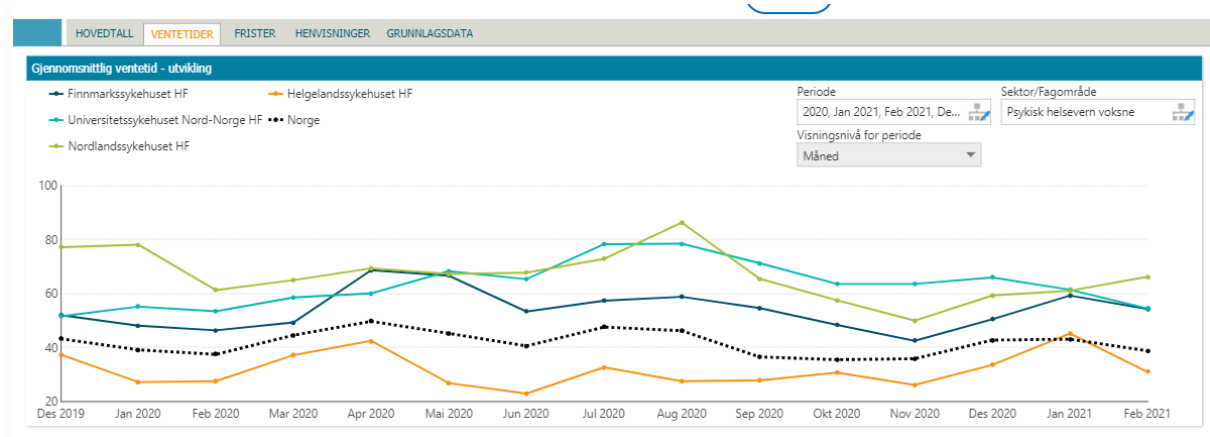
Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede, utvikling per HF



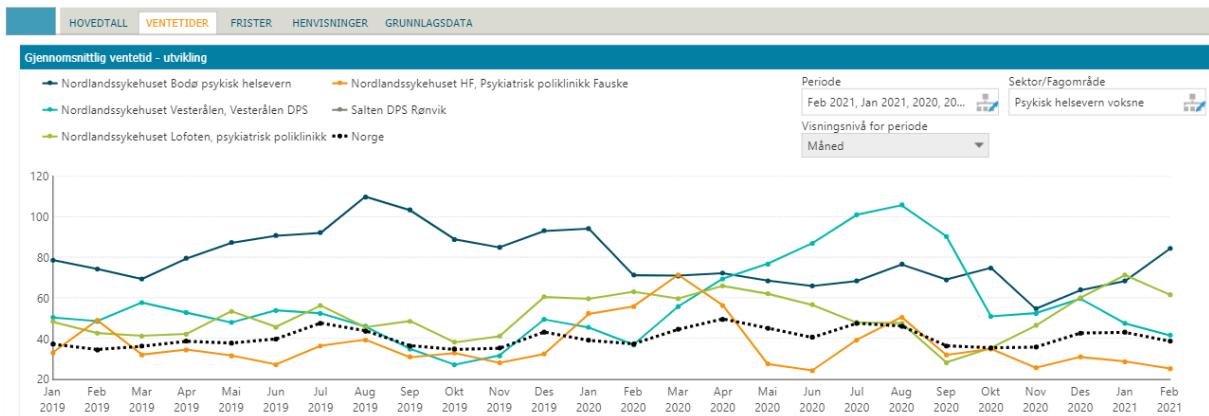
Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede, utvikling per «institusjon» i NLSH



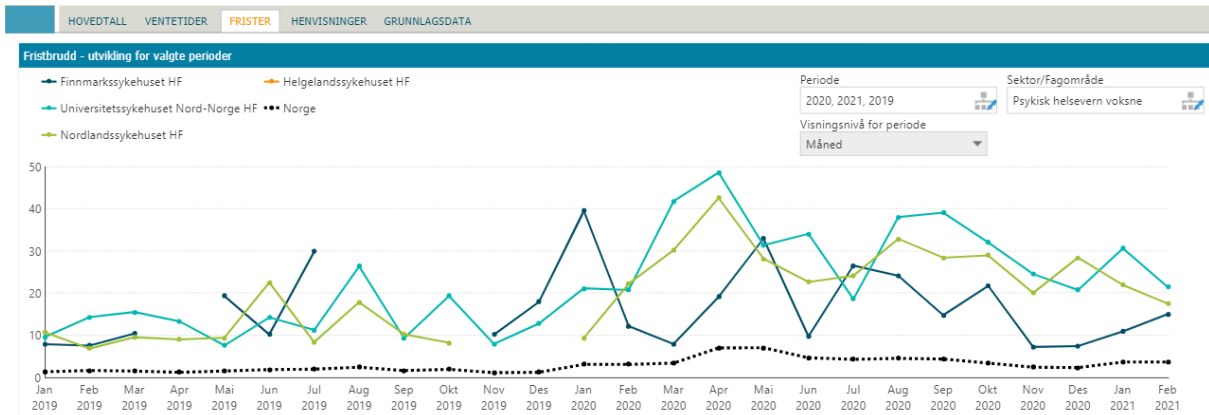
Gjennomsnittlig ventetid ventende, utvikling per HF



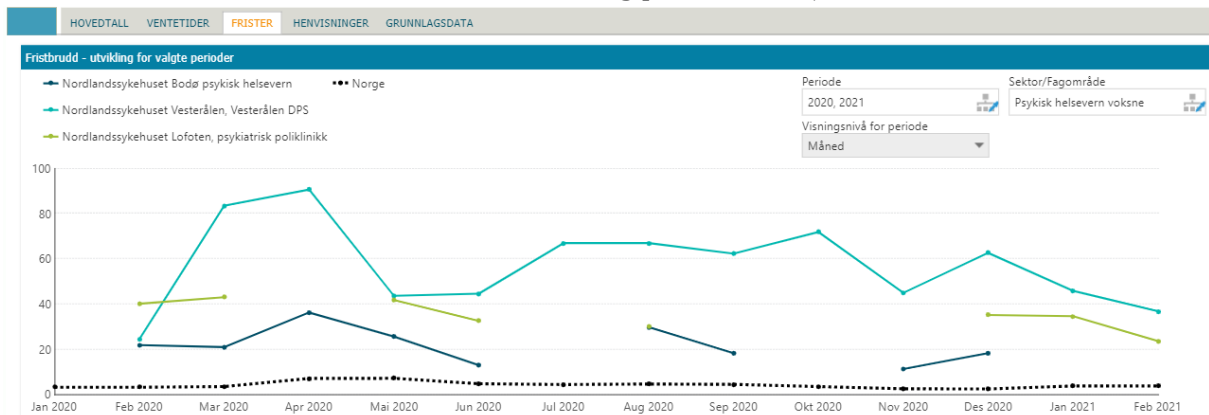
Gjennomsnittlig ventetid ventende, utvikling per «institusjon» i NLSH



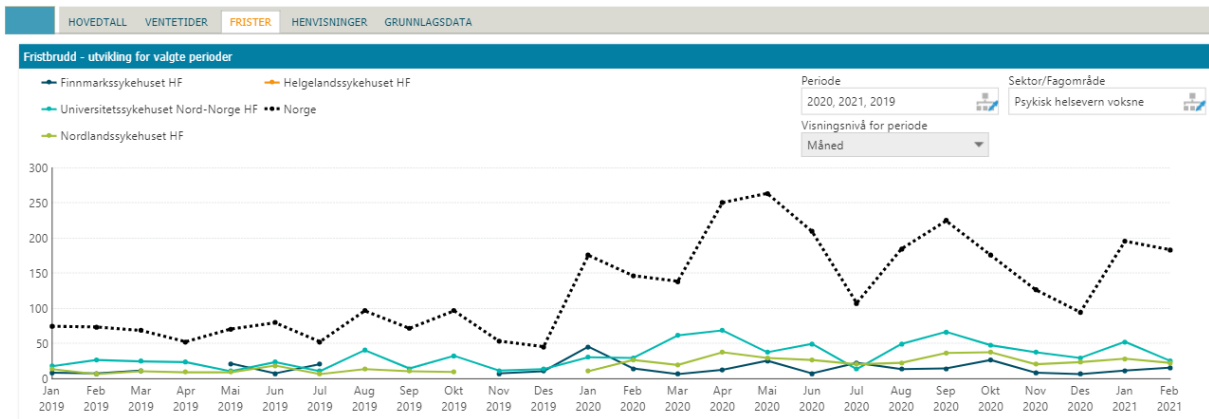
Andel fristbrudd ordinært avviklede, utvikling per HF



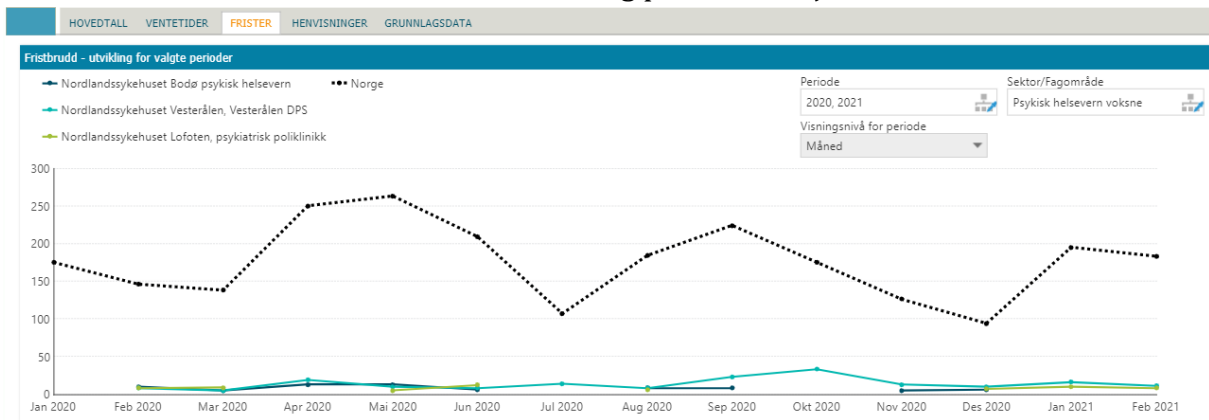
Andel fristbrudd ordinært avviklede, utvikling per «institusjon» i NLSH



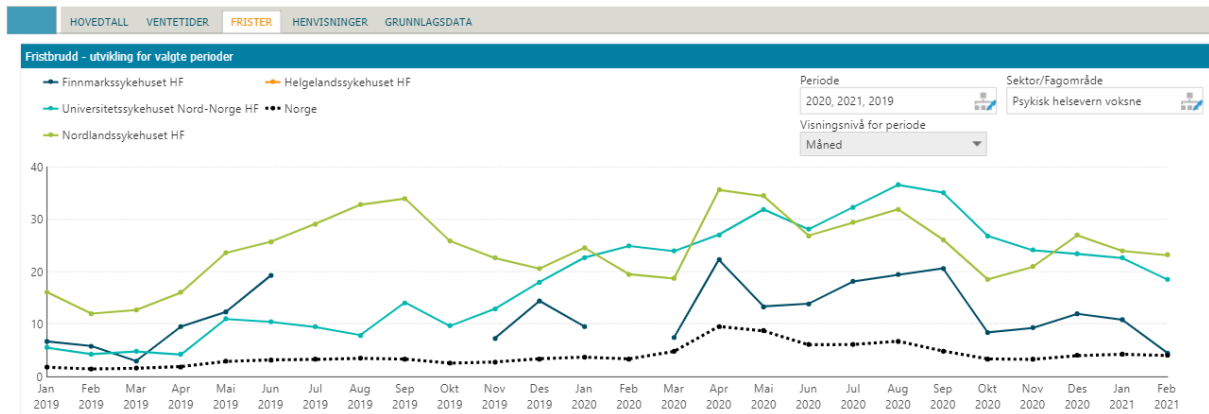
Antall fristbrudd ordinært avviklede, utvikling per HF



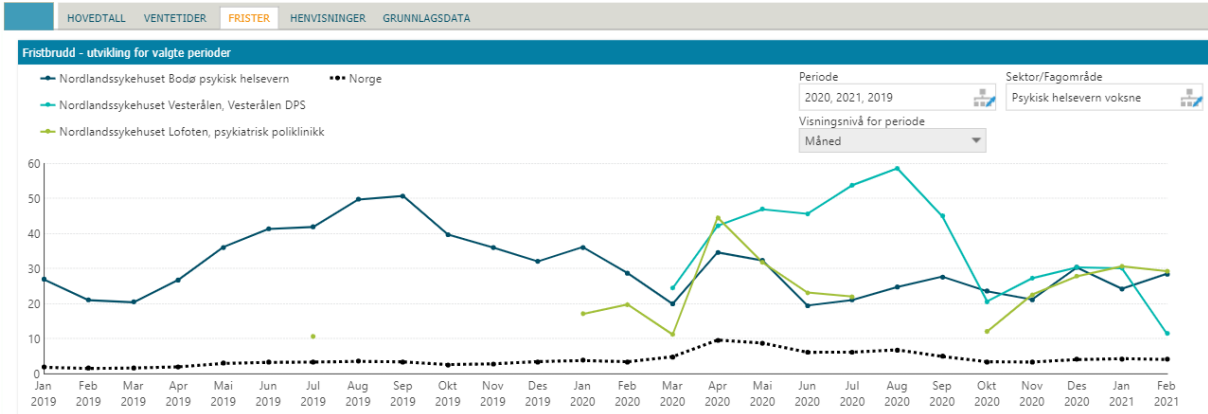
Antall fristbrudd ordinært avviklede, utvikling per «institusjon» i NLSH



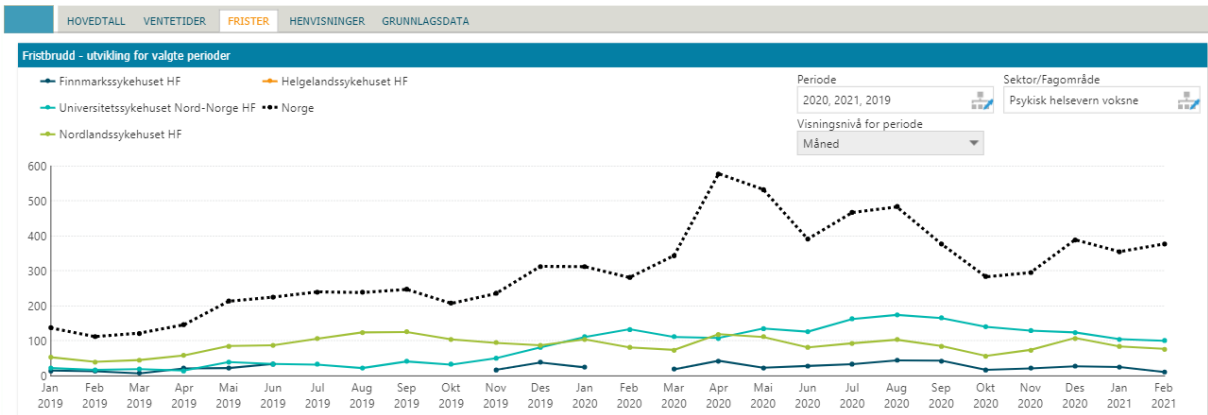
Andel fristbrudd ventende, utvikling per HF



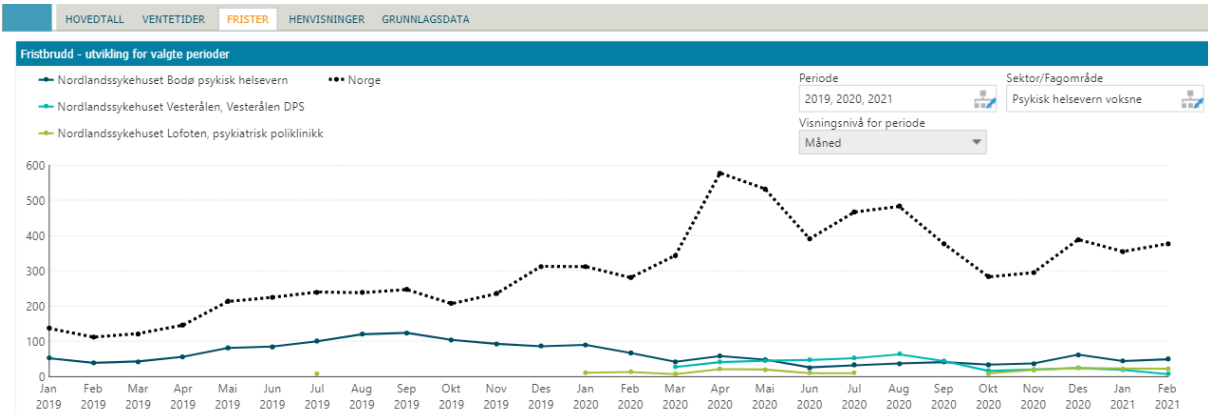
Andel fristbrudd ventende, utvikling per «institusjon» i NLSH



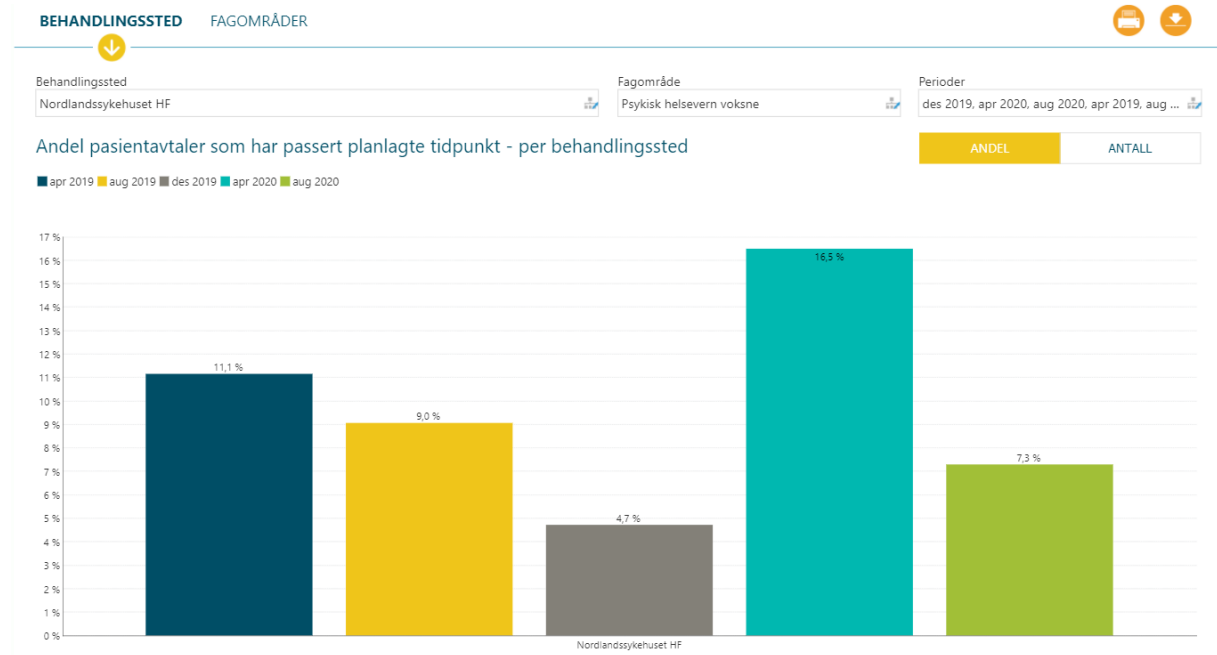
Antall fristbrudd ventende, utvikling per HF



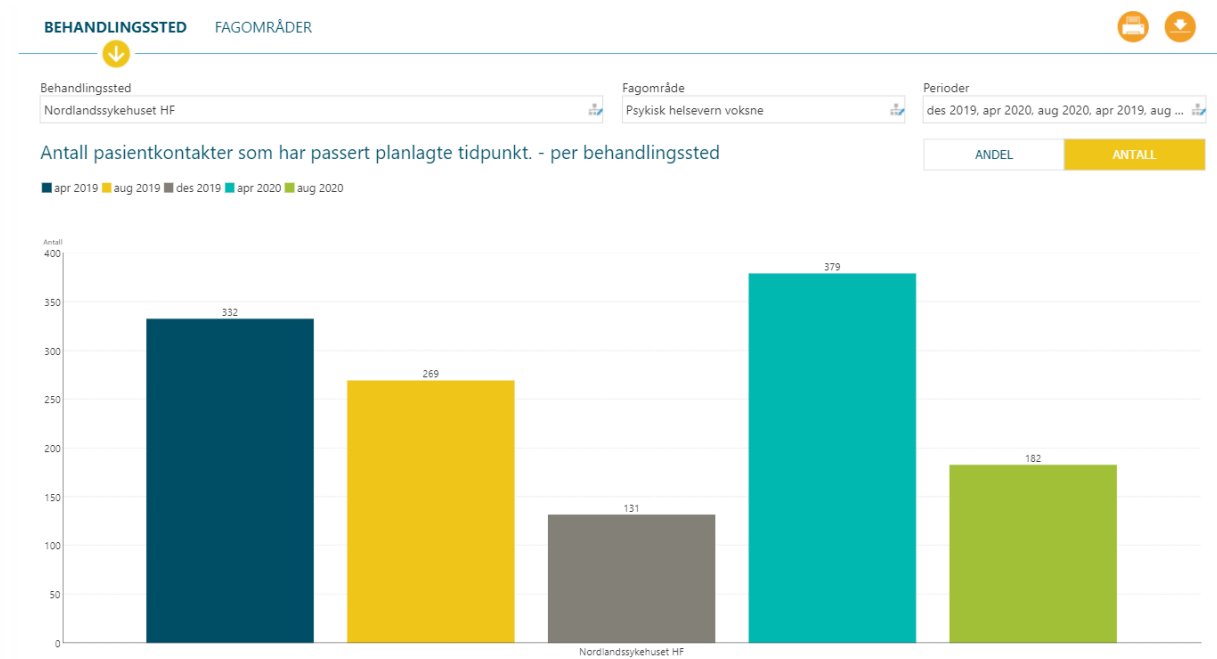
Antall fristbrudd ventende, utvikling per «institusjon» i NLSH



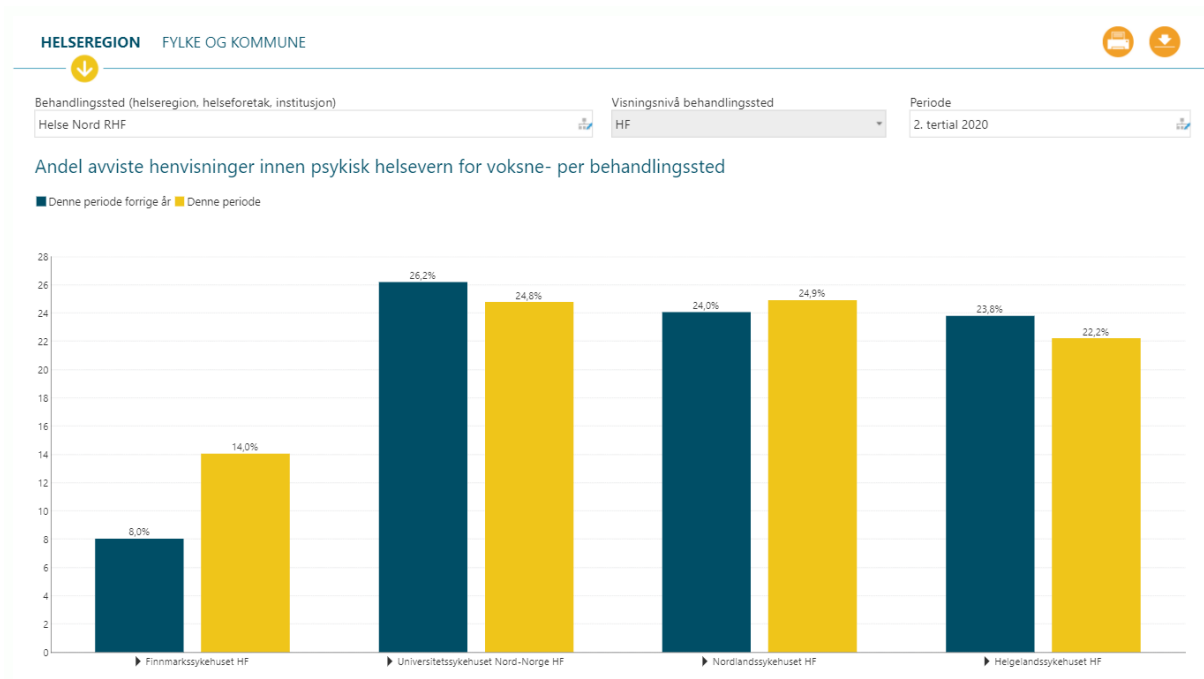
Andel passert planlagt tid, utvikling for NLSH (sist oppdatert for 2. tertial 2020)



Antall passert planlagt tid, utvikling for NLSH (sist oppdatert for 2. tertial 2020)



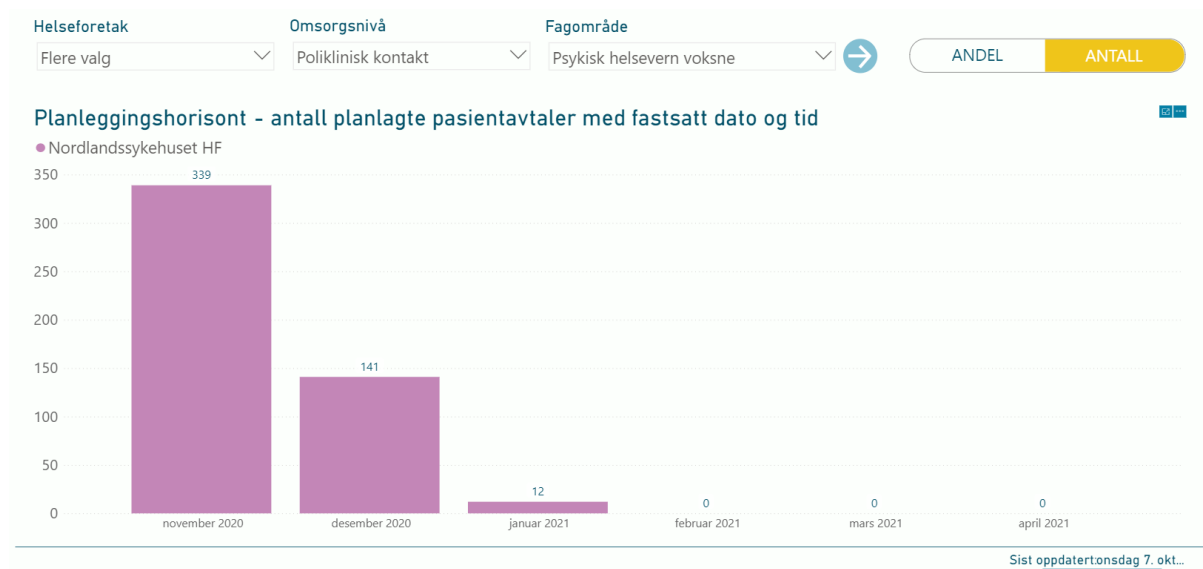
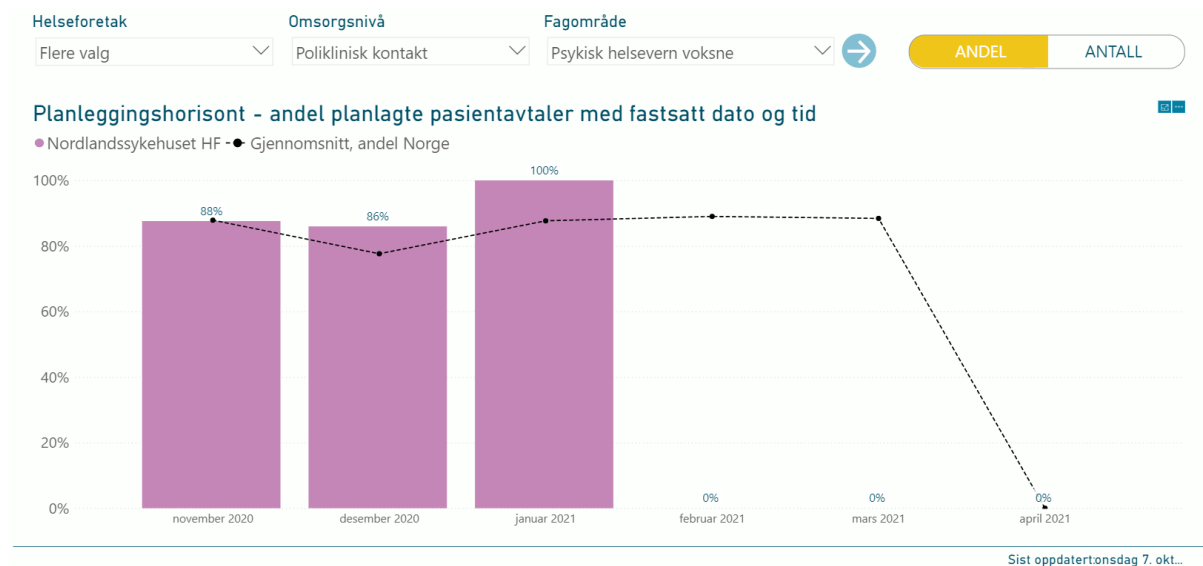
Andel avviste 2. tertial 2020 per HF (sist oppdatert)



Andel avviste 2. tertial 2020 per «institusjon» i NLSH (sist oppdatert)



Planleggingshorisont (sist oppdatert 7. oktober 2020)



Vedlegg 3 – Journalgjennomgang

Hensikt:

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

- begrunnelse for avvisning av henvisningen er dokumentert
- det er dokumentert at det er en spesialist (overlege eller psykologspesialist) som har gjort rettighetsvurderingen
- 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: 01.01.2020-05.02.2021, Avd.: DPS NLSH.

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 Bodø (Allmennteam Salten)

-DPS poliklinikk Vesterålen (Vesterålen VOP)

Utvelgelse og resultater:

Nr.	Kilde og filter	Utvelgelse til gjennomgang	Antall gj.gått, Allmennteam	Ant. positive, Allmennteam	Antall gj.gått, Vesterålen	Ant. positive, Vesterålen
a	D-6813 Avvist=1 Primærhenv.=1 Ekstern=1	Basert på bruken av avvistkoder i utvalget, ble det valgt ut 15 henvisninger med -Årsakkkodene «Årsaker andre» eller «Ikke medisinsk ind.».	15	15	15	15
b	Som a	Som a	15	15	15	15
c	D-2028	Sortert på -Starttid (nyest til eldst) Valgt de 15 nyeste seriene med minst 6 episoder.	15	8	15	5

Oppsummering av resultater fra journalgjennomgang:

- a) Avvisningsårsak er dokumentert for 30 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 13 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:

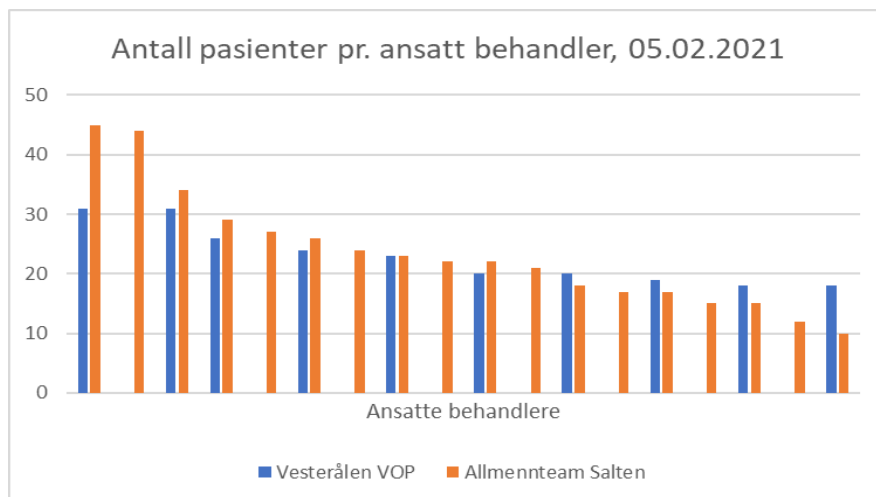
-DPS poliklinikk Bodø = Allmennteam Salten

-DPS poliklinikk Vesterålen = Vesterålen VOP

Analyse 1, Antall pasienter pr. ansatt behandler

Kilde og spesifikasjon for uttrekket	Filtrering og bearbeiding
D-1117, Pasienter pr. behandler pr. uttrekksdato (05.02.2021)	Ansv. = J Sortert pr. behandler. Ekskludert:
Mottatte oversikter over ansatte per november 2020	<ul style="list-style-type: none">• behandlere som ikke står på ansattlisten.• enhetsledere• fysioterapeuter• LIS-leger
	Summert antall pasienter pr. behandler

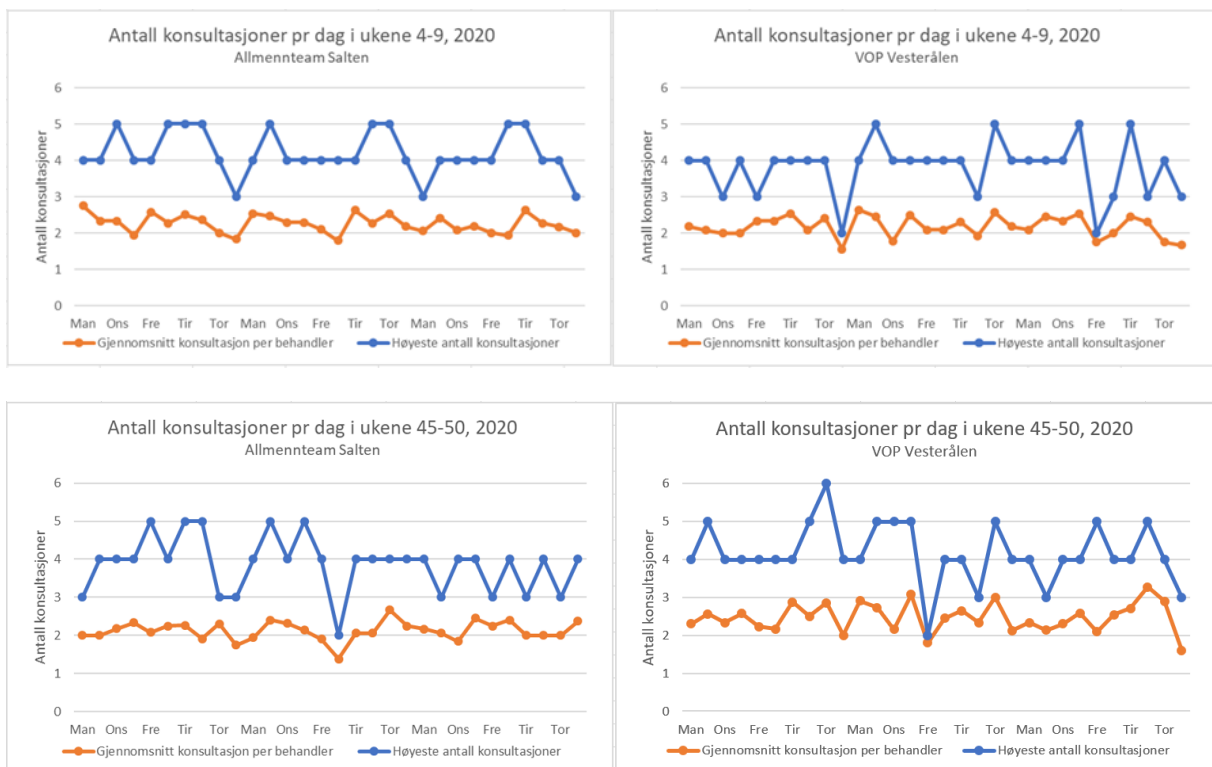
Resultater:



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

Kilde og spesifikasjon for uttrekket	Filtrering og bearbeiding
D-6817, Oversikt polikliniske besøk i periode	Oversikten inkluderer direkte pasientkontakt, samt indirekte pasientkontakt i form av telefonkonsultasjoner m/egenandel. Alle andre former for "Indirekte pasientkontakt" er ekskludert.
Avd.: DPS NLSH	Sortert på "Starttid" (tidspunkt for konsultasjonen)
Periode 1: 20.01-28.02.2020	Summert antall konsultasjoner pr. dag for hver behandler.
Periode 2: 02.11.-11.12.2020	Behandlingstype: hver gruppe er telt 1 gang.
	Behandlere som (etter korreksjon for gruppebehandling) har < 10 konsultasjoner i løpet av 6-ukersperioden, er ekskludert. Linjeledere er ekskludert.
	Gjennomsnitt er beregnet ut fra antall behandlere som har hatt minst 1 konsultasjon den aktuelle dato.
	Det er ikke tatt hensyn til stillingsstørrelse.

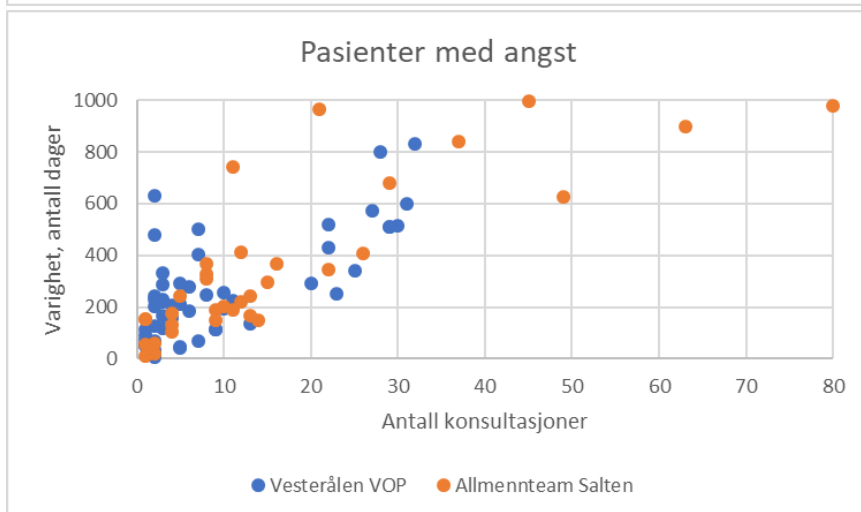
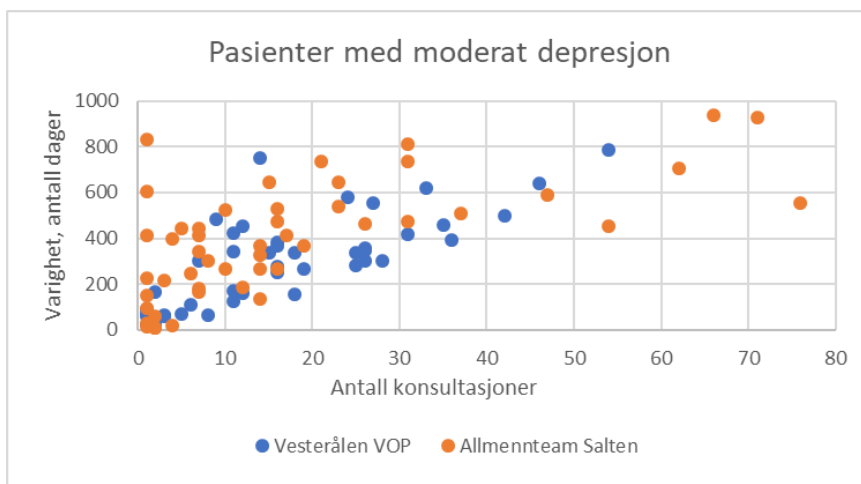
Resultater:



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: 01.01.2020-05.02.2021	Beregnet varighet pr. pasientforløp: sluttid minus starttid. Ekskludert de to pasientene med lengst varighet fra begge enhetene og pasienter med varighet < 2 dager. 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

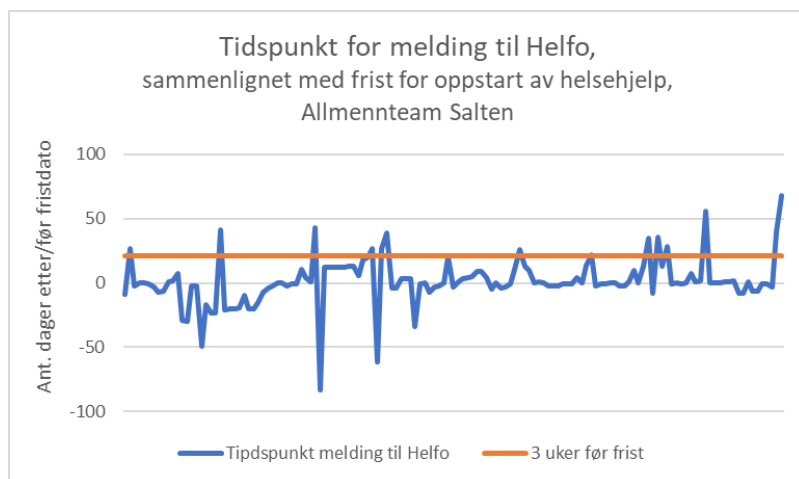
Resultater:



Analyse 5, Tidspunkt for henvendelse til Helfo

Kilde og spesifikasjon for uttrekket	Filtrering og bearbeiding
D-6813, Oversikt henvisninger mottatt i periode Avd.: DPS NLSH Periode: 01.01.2020-05.02.2021	Filter: Helfo kontaktet = utfylt. Sortert på -Frist Start Behandling: eldst til nyest Antall dager før eller etter frist: dato «Frist Start Behandling» minus dato «Helfo kontaktet». For Vesterålen VOP var ikke feltet «Helfo kontaktet» utfylt.

Resultater:



Analyse 6, Andel henvisninger som avvikles via Helfo

Kilde og spesifikasjon som for analyse 5.

Filtrering og bearbeiding som angitt i tabellen nedenfor.

Resultater:

Filter	DPS poliklinikk Bodø	DPS poliklinikk Vesterålen
Antall primær=1, Ekstern=1, Behandles=1	577	386
Antall med «Helfo kontaktet» = utfylt	134	1
Antall med avsluttkode = «Behandles ved annet sykehus/institusjon rekvirert av Helfo»	135	11
Andel «Behandles ved annet sykehus/institusjon rekvirert av Helfo»	23 %	3 %

Analyse 7, Antall konsultasjoner kveldspoliklinikk

Kilde og spesifikasjon for uttrekket	Filtrering og bearbeiding
D-6817, Oversikt polikliniske besøk i periode	Ekskludert konsultasjonstype "Indirekte pasientkontakt".
Avd.: DPS NLSH	Starttid: kl. 16.00 eller senere. Behandlingstype: Hver gruppe er telt 1 gang.

Resultater:

Enhet	Allmennteam Salten og «Aksjonspoliklinikken»	Allmennteam Salten og «Aksjonspoliklinikken»
Periode	1) 20.01-28.02.2020	2) 02.11.-11.12.2020
Antall individuelle konsultasjoner	2	49
Antall gruppekonsultasjoner	0	1
Totalt ant. kveldskonsultasjoner	2	50

Enhet	VOP Vesterålen	VOP Vesterålen
Periode	1) 20.01-28.02.2020	2) 02.11.-11.12.2020
Antall individuelle konsultasjoner	12	28
Antall gruppekonsultasjoner	0	0
Totalt ant. kveldskonsultasjoner	12	28

Analyse 8, Andel gruppekontakter

Kilde og spesifikasjon som for analyse 7.

Filtrering og bearbeiding som angitt i tabellen nedenfor.

Resultater:

Enhet	Allmennteam Salten	Allmennteam Salten	VOP Vesterålen	VOP Vesterålen
Periode: 1) 20.01-28.02.2020 2) 02.11.-11.12.2020	1)	2)	1)	2)
Antall gruppekontakter	164	112	38	0
Andel gruppekontakter av totalt gjennomførte kontakter	15,0 %	10,7 %	4,9 %	0,0 %
Antall gruppekonsultasjoner	28	16	9	0



HELSE NORD RHF

Deres ref.:

Vår ref.:
2021/60

Saksbehandler:
Tonje Elisabeth Hansen

Sted/dato:
Bodø, 12.11.2021

Oppfølging av internrevisjon i ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne

I brev datert 22.10.21 ber Helse Nord om svar på oppfølgingspunkter etter internrevisjon i ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse for voksne, samt en redegjørelse for etablert registreringspraksis i forbindelse med vurderingssamtaler også hos barn og unge og pasienter innenfor TSB.

Konkret bes det om svar på følgende oppfølgingspunkter innen 17. november 2021:

1. Helse Nord RHF ber Nordlandssykehuset om å redegjøre for status for styrebehandling av internrevisjonsrapporten og tilhørende handlingsplan.
2. Helse Nord RHF ber Nordlandssykehuset om å redegjøre for etablert registreringspraksis i forbindelse med vurderingssamtaler innen psykisk helsevern for voksne. Vi har valgt å utvide denne forespørselen til også å gjelde psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (rapporteringskjema –Vedlegg 1).

Nordlandssykehuset har planlagt å styrebehandle oppfølging av internrevisjon med tilhørende handlingsplan i styremøtet 14. desember 2021. Klinikken har siden rapporten forelå, jobbet med å bekjentgjøre og diskutere de ulike aspektene ved rapporten og identifiserte forbedringsområder. Hver avdeling/enheten innenfor voksenpsykiatri har fått i oppdrag å gjennomgå egen praksis, forbedringsområder identifisert i internrevisjon, samt internrevisjonens anbefaling. Fram mot styrebehandling 14. desember vil det utarbeides en handlingsplan med tilhørende konkrete tiltak.

Nordlandssykehuset gjennomfører ikke vurderingssamtaler, ved noen avdelinger/polikliniske enheter i psykisk helsevern og rus klinikken. For sikre oss at det har blitt etablert en uønsket praksis i foretaket, har det vært gjennomført en ny gjennomgang med alle enhetene innenfor voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Resultatet fra denne gjennomgangen viser det samme: vurderingssamtaler gjennomføres ikke i Nordlandssykehuset.

Nordlandssykehuset vil komme med ytterligere tilbakemelding inkludert en beskrivelse av konkrete tiltak etter styrebehandling 14. desember.

Med vennlig hilsen

Tonje Elisabeth Hansen
direktør fag og forskning
Direktøren

—