



Styresak 096-2022

Oppfølging av internrevisjonsrapport om ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler: Hedda Soløy-Nilsen
Dato dok: 29.09.2022
Møtedato: 26.10.2022
Vår ref: 2021/60

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

Vedlegg (ikke t) [Helse Nord Styresak 111-2021 Internrev.rapport nr. 5-2021-Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse psykisk helsevern for voksne i Helse Nord.pdf](#)
[Styresak 112-2021 Internrevisjonsrapport om ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen phv for voksne i Nordlandssykehuset HF m vedlegg.pdf](#)

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». Tilsvarende internrevisjon ble gjennomført i øvrige helseforetak i regionen. Oppsummeringsrapporten for regionen ble styrebehandlet i Helse Nord RHF 29. september 2021 (styresak 111-2021). Styret i Nordlandssykehuset ble i styresak 112-2021 orientert om rapporten, 6 anbefalinger fra Internrevisjonen og status knyttet til disse anbefalingene.

Denne styresaken er en oppdatering av status for arbeidet med anbefalingene.

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. Psykisk helse og rus klinikken har arbeidet godt med tiltak knyttet til anbefalingene. Videreutvikling og forbedring av datavarehusløsningen er en kontinuerlig pågående prosess knyttet til alle fagområder, og i etterkant av internrevisjonen er rapportene ytterligere forbedret for å vise status for ledere på alle nivå.

Internrevisjonens konklusjon

Internrevisjonen konstaterte i sin rapport av 25.08.2021 at gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne i Nordlandssykehuset var høyere enn måltallet på 40 dager i 2021, at ventetiden for ventende pasienter var økende, og at det var stor variasjon i hvordan tilgjengelig kapasitet benyttes. Deres konklusjon var at det ikke var etablert en tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen og kapasitetsutnyttelsen. De vesentligste svakhetene var at risikovurderinger ikke var gjennomført, at tiltaksplaner var fragmenterte og ufullstendige, og at lederoppfølgingen og informasjonen til styret var noe mangelfull. Internrevisjonen anbefalte en rekke forbedringstiltak.

Anbefalinger fra internrevisjon og beskrivelse/ kommentar

Anbefalinger	Tiltak fra Nordlandssykehuset	Status
1) Iverksette en dokumentert og helhetlig risikostyringsprosess knyttet til de overordnede målene, i samsvar med Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord	<p>Risikoområder inngår i ledermøtesaker på avdelings- og enhetsnivå.</p> <p>Det har i hele 2022 vært jobbet med risikostyring, og 05.09.22 ble det utført en ny strukturert gjennomgang på tvers av aktuelle avdelinger, og som viser høyere sannsynlighet for måloppnåelse med de aktuelle tiltak som er iverksatt. Risikoområdene knyttet til praksisvariasjon er inkludert med implementert aktivitetsplanlegging og pasientforløpsrutiner med for eksempel målkrav om min 3-5 gjennomførte konsultasjoner pr behandler pr dag, samt gjennomsnittskrav til lengde på forløp (12 konsultasjoner) i tillegg til at forløpskoordinering med rutiner er innført. Herunder flytsamtaler med hver enkelt behandler og forløpskoordinator/ enhetsleder.</p>	Fullført
2) Sørge for at underliggende målsettinger for psykisk helsevern for voksne inngår i foretakets risikostyringsprosess	<p>I foretaket styres risiko gjennom de styringsmekanismer som inngår i daglig styring. Psykisk helse og rusklinikk gjennomgår og følger opp styringsdata knyttet til målsettinger knyttet til krav om ventetid og variasjon. Som</p>	Fullført

	<p>grunnlagskilde brukes data fra DIPS og rapporter SAS-LIS (virksomhetsportal). Dette gjennomgås og følges løpende opp av ledelse på enhet/ avdeling/ klinikk og rapporteres i adm.direktør oppfølgingsmøte månedlig og direktørens møte ukentlig. Foretaket rapporterer målsettingen gjennom månedlig virksomhetsrapport og tertialrapportering.</p> <p>Klinikken har etablert prosedyrer for å sikre forsvarlige tjenester og uønsket variasjon gjennom bedre styring og internkontroll, dette i henhold til krav om systematisk ledelse og kvalitetsforbedring for å ivareta pasientsikkerheten. Dermed utføres internkontroll på pasientforløpene for å kontrollere uønsket variasjon og at vedtatte prosedyrer følges.</p>	
<p>3)Innarbeide de belyste risikoområdene knyttet til variasjon i praksis som denne rapporten viser, i klinikkens risikovurderinger.</p>	<p>Det er etablert prosedyrer for å sikre uønsket variasjon i praksis på tvers av avdelinger/ enheter, og hvor det rapporteres på enhetsnivå og til hver enkelt medarbeider med forløpskoordinator (flytsamtaler), og med målkrav om min 3-5 gjennomførte konsultasjoner per behandler per dag og max gj snittlig lengde på forløp på12 konsultasjoner. Etablert klinikknettverk for forløpskoordinatorer for å unngå uønsket variasjon i praksis mellom avdelinger.</p>	<p>Fullført</p>
<p>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.</p>	<p>Egen tiltaksplan er utarbeidet for klinikk og avdelinger voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, inkludert milepælsplan samt at nødvendige avhengigheter identifisert. Tiltaksplanen inngår også i foretakets virksomhetsrapportering.</p>	<p>Fullført</p>

<p>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</p>	<p>Gjennomgang med SKSD, fagnettverk og medisinsk direktør mht rapporter i DIPS og «rydding» av ventelister for bedre oversikt over pasient portefølje. Enhetsledere bruker SAS virksomhetsportal men forløpskoordinator og enhetsledere må også benytte andre rapporter fra DIPS. DIPS kan fortsatt gi feilkilder mht oppsett, og er ofte ikke finmasket nok til å vise rapporter pr avdeling/ enhet.</p>	<p>Kontinuerlig forbedringsarbeid</p>
<p>6) Gi styret rettidig informasjon om resultater fra gjennomførte risikovurderinger og om status i tiltaksgjennomføring knyttet til risikobildet</p>	<p>Styret forelegges data og tiltaksoppfølging i virksomhetsrapport samt aktuelle oppfølging mht oppfølging av internrevisjonen</p>	<p>Kontinuerlig</p>

Øvrige tiltak for å øke kapasitet i poliklinikker er:

- Flere enheter i voksenpsykiatri og BUPA ble omorganisert og kapasitet i poliklinikker økt 2021/22.
- Intensivbehandling med bruk av VR-teknologi er implementert ved kortidspoliklinikk Salten DPS fra mars -22. Bidrag fra behandlere i andre avdelinger i tillegg.
- Kveldspoliklinikk Salten DPS videreført, også med bidrag fra behandlere fra andre avdelinger i Bodø.
- Oppstart kveldspoliklinikk BUPA Bodø fra høst 2022.
- Dagenhet ved DPS Lofoten endret og implementert i poliklinikk Lofoten.
- Prosedyrer pasientflyt og pasientforløp med forløpskoordinering implementert for å redusere praksisvariasjon. Tilsetting av forløpskoordinatorer i poliklinikker.
- Internkontroll av etablerte prosedyrer for å sikre virksomhetsstyring og ansvar i linja
- Pilotprosjekt aksjonspoliklinikk dagtid; innleie av 4 spesialister fra byrå i 3 mndr med høy aktivitet pr dag pr behandler for å hente inn etterslep.
- Kontinuerlig rekruttering til ledige behandlerstillinger.
- Tilstrebe økning av LIS andel i psykiatri
- Samarbeid med andre helseforetak for å skaffe erfaring med tidlig avklaringsteam
- Kompetansehevingstiltak for bedre organisering av ADHD utredning/ behandling i grupper i voksenpsykiatri, oppstart grupper planlagt høst/ vinter 2022.



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 (rapporteringsskjema –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

—