

Konsernrevisjonen

Rapport 2/2020

Revisjon av

Ventetid psykisk helsevern barn og unge

Sykehuset Innlandet HF

5. november 2020

Introduksjon

Pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsveiledere skal bidra til lik behandling av pasienter som vurderes for å få helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Pasientens rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og hvor lenge pasienten må vente til start utredning/behandling, er blant de mest diskuterte helserettslige temaer.

Psykisk helsevern barn og unge (BUP) har gjennom flere år vært et prioritert område, hvor reduksjon i gjennomsnittlig ventetid har vært et hovedtema. Helse Sør-Øst RHF satte i 2018 et krav om at gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern for barn og unge skulle være under 40 dager, dette ble i 2020 ytterligere nedjustert til 37 dager.

Sykehuset Innlandet HF har lange ventetider særlig innenfor BUP og har som delmål å redusere gjennomsnittlig ventetid innenfor fagområdet til 47 dager. Det har blitt arbeidet med dette over en lengre periode uten at man har lyktes å redusere gjennomsnittlig ventetid sammenlignet med 2018.

Målet med revisjonen er å vurdere om Sykehuset Innlandet HF har etablert prosesser og systemer som legger til rette for å kunne nå fastsatte mål for ventetid innenfor psykisk helsevern barn og unge.

Følgende problemstillinger er belyst i revisjonen:

- Har Sykehuset Innlandet HF etablert hensiktsmessige rutiner for prosessen fra mottak av henvisning til oppstart helsehjelp?
- Har Sykehuset Innlandet HF styring og kontroll på øvrige faktorer i pasientforløpet som påvirker muligheten for å nå målet for gjennomsnittlig ventetid, herunder ressurs- og kompetansestyring?

Revisjonen er gjennomført ved BUP Oppland poliklinikk Gjøvik og Lillehammer, samt BUP Hedmark poliklinikk Hamar.

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet februar til mai 2020. Arbeidet med rapporten ble imidlertid satt på vent på grunn av utfordringer knyttet til Covid-19 pandemien.

Innhold

1. Konklusjoner og anbefalinger	4
1.1 Kortere ventetider for pasientene forutsetter en mer helhetlig tilnærming i utviklingen av tilbudet	4
1.2 Anbefalinger	6
2. Kontekst	7
2.1 Bakgrunn	7
2.2 Pakkeforløp i psykisk helsevern barn og unge	7
3. Tilnærming omfang og avgrensning	9
3.1 Tilnærming	9
3.2 Omfang og avgrensning	10
3.3 Reviderte enheter	10
3.4 Metode	11
3.5 Revisjonsgrunnlag	11
4. Vurdering av henvisning og timetildeling	12
4.1 Mottak og vurdering av henvisning	12
4.2 Informasjon om rettighetsvurdering og timetildeling	14
5. Utredning og behandling	16
5.1 Basis og utvidet utredning	16
5.2 Behandling	17
6. Styring av pasientforløpene	24
6.1 Ressurs- og kompetansestyring	24
6.2 Plan og oppfølging i poliklinikkene	28
Vedlegg 1	32
Vedlegg 2	33

1. Konklusjoner og anbefalinger

1.1 Kortere ventetider for pasientene forutsetter en mer helhetlig tilnærming i utviklingen av tilbudet

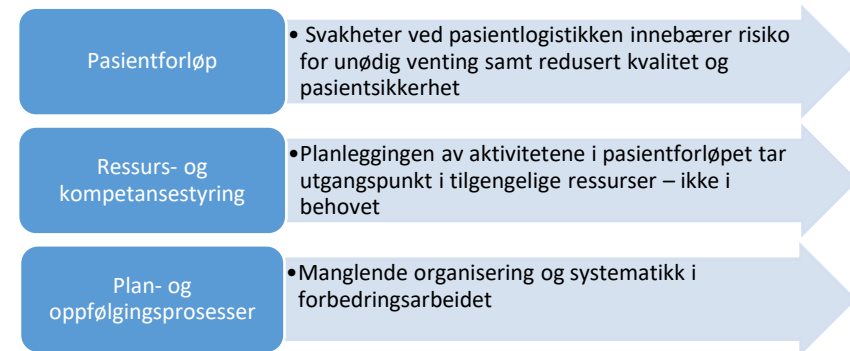
Rask tilgang til helsetjenester er en kritisk faktor for pasienter med ulike lidelser. Forskning har vist at lange ventetider på oppstart diagnostikk og behandling for pasienter innen psykisk helsevern, kan føre til stress for pasienten og forverre arbeidsmessig og sosial dysfunksjon, som igjen fører til tap for både pasienten og samfunnet.

På denne bakgrunn har det innenfor psykisk helsevern barn og unge (BUP) gjennom flere år blitt arbeidet med å redusere gjennomsnittlig ventetid, blant annet gjennom å sette strengere målkrav til helseforetakene. Måloppnåelsen har imidlertid vært lav av ulike årsaker. Det har blant annet vært ulik oppfatning om viktigheten av kort ventetid, så lenge ventetiden er innenfor faglig fastsatt frist som er gitt på bakgrunn av føringene i prioriteringsveilederne.

I denne revisjonen har vi sett på et utvalg poliklinikker innenfor BUP på Sykehuset Innlandet HF, som over tid ikke har nådd målene knyttet til gjennomsnittlig ventetid på oppstart av helsehjelp. Vi har her sett på hvilke årsaker som ligger til grunn for at målet ikke nås. I den sammenheng har vi undersøkt mulige utfordringer og flaskehalser i pasientforløpet. Vi har videre sett på om det er svakheter ved viktige forutsetninger for å lykkes i dette arbeidet. I den sammenheng har vi både sett på ressurs- og kompetansestyring, samt hvordan man arbeider med kontinuerlig forbedring knyttet til plan- og oppfølgingsprosessene.

Gjennomgangen viser at det er flere forhold som medfører lange ventetider i poliklinikkene. Utfordringsbildet er sammensatt, og må ses i lys av utfordringer poliklinikkene har gjennom hele pasientforløpet med utredning,

behandling og avslutning. Videre fremkommer det at årsaksforklaringene til dette utfordringsbildet kan belyses med utgangspunkt i svakheter ved ressurs- og kompetansestyringen, samt plan- og oppfølgingsprosessen. Utfordringsbildet er forenklet illustrert med hovedkonklusjoner i figuren under:



Figur 1 Forenklet utfordringsbilde med hovedkonklusjoner

I det følgende utdypes disse hovedkonklusjonene.

Svakheter ved pasientlogistikken innebærer risiko for unødig venting, samt redusert kvalitet og pasientsikkerhet

Gjennomgangen viser at det er flere utfordringer i pasientforløpet. Når det gjelder oppstart av helsehjelp ivaretas rettighetene for den enkelte pasient ved at prioriteringsveilederne følges, og det gis time innen frist. Gjennomsnittlig ventetid blir imidlertid lang, ettersom første timeavtale settes tett opp mot fristdato som ofte er mellom 8-12 uker.

Videre gis ikke alle pasientene et utrednings- og behandlingsløp som er i tråd med faglige føringer. I enkelte av poliklinikkene er det en relativ stor andel av pasientene som går til utvidet utredning. Vi stiller her spørsmål om andelen pasienter som går til utvidet utredning er for stor sett opp mot føringene. En slik praksis vil etter vår vurdering innebære at en relativt stor andel pasienter får en unødvendig lang utredningsperiode.

Når det gjelder behandling av pasientene viser gjennomgangen at behandlingsplaner i varierende grad følges opp som planlagt. Det vil her si at en ikke følger planen knyttet til antall konsultasjoner, hyppighet på konsultasjoner eller evalueringspunkter. Konsernrevisjonen vurderer at denne praksisen får ulike konsekvenser. For det første får pasientene ikke det forløpet som er planlagt ved at forløpet ikke blir like intensivt, det evalueres sjeldnere og mindre systematisk, samt at det avsluttes for sent. Dette gir risiko for at forløpene blir lite «aktive» og unødvendig lange, samt at man ikke korrigerer planlagt behandling underveis basert på evalueringer. Denne type forsinkelser i pasientforløpet er uheldig for pasientens behandling. Ved siden av at dette reduserer kvaliteten på behandlingen og forutsigbarheten for den enkelte pasient, vil praksisen også kunne belaste den totale kapasiteten i poliklinikkene unødig ettersom totalt antall konsultasjoner per pasient vil gå opp.

Videre viste gjennomgangen at det også var flere pasientadministrative utfordringer i pasientforløpet. Eksempelvis forekommer det at pasienter ikke settes opp til ny time (uten ny kontakt), at journal ikke ajourføres og at det oppstår feil i koding. Disse forholdene innebærer en risiko for pasientsikkerheten.

Utfordringene som er beskrevet ovenfor har ifølge poliklinikkene ulike årsaker. For det første vises det til at manglende kvalitet på henvisninger er ressurskrevende og påvirker prioriteringer, kapasitet og ventetider på start utredning og videre utredning/behandling. Gjennomgangen viser at det er igangsatt flere tiltak i poliklinikkene for å forbedre henvisningspraksis.

For det andre opplever poliklinikkene at manglende kompetanse og ressurser svekker mulighetene for å følge opp utrednings- /behandlingsplanene, samt for å ivareta administrative oppgaver. Det vises til at dette gjelder både behandlingspersonell og merkantilt personell.

Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at det er igangsatt ulike tiltak for å forbedre henvisningspraksis. For det første vil det kunne frigjøre ressurser i inntaksarbeidet til BUP-ene. For det andre vil det bidra til bedre prioriteringer og oppgavefordeling, slik at pasientene gis nødvendig helsehjelp på rett behandlingsnivå.

Når det gjelder oppfatningen av at det er for lite ressurser og kompetanse i poliklinikkene, vurderer vi at dette må ses i lys av at poliklinikkene i mindre grad planlegger driften ut fra en klar forståelse av sammenhengen mellom aktiviteter, ressursbehov og kapasitet. Dette kan igjen ses i sammenheng med hvordan systemet for planlegging og oppfølging generelt fungerer mellom ledelsesnivåene og innenfor den enkelte enhet. Dette er beskrevet i avsnittene under.

Planleggingen av aktivitetene i pasientforløpet tar utgangspunkt i tilgjengelige ressurser – ikke i behovet

Revisjonen viser at poliklinikkene i varierende grad har analysert forventet aktivitet gjennom året, vurdert hvilken bemanning og kompetanse aktiviteten krever - og sett dette opp mot tilgjengelig bemanning og kompetanse. Slik konsernrevisjonen ser det foregår planleggingen nå med utgangspunkt i tilgjengelige ressurser, og mindre grad ut i fra behovet i pasientgrunnlaget. Etter konsernrevisjonens vurdering er denne type analyser en forutsetning for at pasientene har tilgang på rett kompetanse til riktig tid, og at de dermed får den helsehjelpen de har krav på.

For å sikre hensiktsmessig drift i poliklinikkene med gode pasientforløp, er det vår vurdering at divisjonen bør utarbeide felles verktøy for ressurs- og kompetansestyring. Dette vil være til hjelp for den enkelte leder, samt at

arbeidet vil kunne bli både mer hensiktsmessig og effektivt ved at det kan koordineres på tvers av faggrupper og avdelinger /enheter. Et slikt tverrgående samarbeid vil også kunne skape et bedre økonomisk og tidsmessig handlingsrom.

I arbeidet med ressurs- og kompetansestyring må også de merkantile ressursene og forløpskoordinatorne innbefattes, slik at det blir en tydelig oppgavefordeling opp mot behandlerne. Etter konsernrevisjonens vurdering vil dette kunne bidra til både å frigjøre ressurser til behandling, samt bedre styring og kontroll på de mer administrative oppgavene. En god oppgavefordeling vil også legge til rette for en mer hensiktsmessig oppfølging av den enkelte medarbeiders arbeid. Dette vil være gjeldende både for aktivitet (effektivitet/produktivitet) og kvalitet i behandling. Når det gjelder oppfølging på kvalitet, vil innføring av nytt verktøy for bruk av tester og scoring, samt feedback-skjema, være til god hjelp for både ledelsen og den enkelte behandler.

Manglende organisering og systematikk i forbedringsarbeidet

Konsernrevisjonen vurderer at divisjonen har etablert et system for virksomhetsstyring, herunder en plan- og oppfølgingsprosess. Gjennomgangen viser blant annet at målbildet i divisjonen synes kommunisert og kjent på ulike nivå, og at det er utarbeidet en virksomhetsplan på divisjonsnivå. Gjennomgangen viser eksempelvis at det er iverksatt flere tiltak for å imøtekomme målet knyttet til ventetider.

Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at det er vesentlige svakheter ved formaliseringen og systematikken i dette arbeidet. Virksomhetsplanen viser en rekke enkeltstående tiltak, men det er vanskelig å se hvordan disse enkeltvis og samlet skal virke på pasientforløpet. Denne type svakheter har etter vår vurdering bidratt til at arbeidet med å forbedre pasientforløpene ikke har vært tilstrekkelig. Revisjonen viser eksempler på at det er sentrale utfordringer i pasientforløpet som gir risiko for kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennomgangen viser at disse utfordringene har flere underliggende årsaker,

blant annet svakheter i ressurs- og kompetansestyringen. Sammenhengen mellom disse utfordringene fremkommer imidlertid ikke tydelig av divisjonens virksomhetsplan.

Det er konsernrevisjonens vurdering at disse sammenhengene må belyses og dokumenteres mer strukturert og helhetlig, slik at man kan prioritere både kortsiktige og langsiktige tiltak ut i fra risiko og vesentlighet. Etter konsernrevisjonens vurdering vil en slik tilnærming, hvor det også er en tett oppfølging, sette divisjonen og avdelingene i stand til å kunne kontinuerlig forbedre sin prosesser slik at mål og krav nås – herunder mål for gjennomsnitt ventetid.

1.2 Anbefalinger

Konsernrevisjonen anbefaler at Sykehuset Innlandet HF igangsetter tiltak på følgende sentrale områder i arbeidet med å redusere ventetider og imøtekomme andre mål/krav i pasientforløpet:

- **Øke kvaliteten på henvisningene**
Arbeidet med henvisninger bør videreføres slik at kvaliteten blir bedre og at pasientene henvises til riktig nivå.
- **Styrke ressurs- og kompetansestyringen**
Det bør utarbeides en oversikt over poliklinikkens forventede aktivitet innenfor de ulike diagnosegruppene gjennom året. På bakgrunn av aktivitetsgrunnlaget bør det utarbeides bemannings- og kompetanseplaner som sikrer at pasientene skal få den helsehjelpen de har krav på til riktig tid. Videre bør det utarbeides felles verktøy for ressurs- og kompetansestyring
- **Systematisere forbedringsarbeidet**
Sammenhengen mellom mål/krav, risiko og tiltak må i større grad belyses og dokumenteres på en strukturert og helhetlig måte. Dette for å kunne prioritere både kortsiktige og langsiktige tiltak ut i fra risiko og vesentlighet.

2. Kontekst

2.1 Bakgrunn

Psykisk helsevern barn og unge (BUP) har gjennom flere år vært et prioritert område. Et sentralt mål innenfor BUP er ventetid på start helsehjelp. Dette beregnes ut fra det tidspunkt henvisningen mottas i spesialisthelsetjenesten til helsehjelpen (utredning/ behandling) starter. Helse Sør-Øst RHF besluttet i 2018 at gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern for barn og unge skulle være under 40 dager. Dette ble ytterligere nedjustert til 37 dager for 2020.

Helseforetakene har arbeidet med ulike tiltak for å redusere ventetiden i psykisk helsevern for barn og unge, men rapporteringen til styret i Helse Sør-Øst RHF viser at flere av helseforetakene har lengre ventetid enn målsettingen på under 40 dager.

Revisjonen er igangsatt på bakgrunn av et innspill fra styret i Sykehuset Innlandet HF til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2020:

«Sykehuset Innlandet har lange ventetider særlig innenfor psykisk helsevern barn og unge. I Sykehuset Innlandet sin virksomhetsplan 2019 er det et mål å redusere gjennomsnittlig ventetid innenfor fagområdet psykisk helsevern barn og unge til 47 dager, som er et delmål på veien mot det nasjonale målet på 40 dager. Tiltak er iverksatt og planlagt gjennomført for å redusere ventetiden. Det er ønskelig med en revisjon som vurderer om Sykehuset Innlandet har etablert et system for god arbeidsflyt fra mottak av henvisning til første konsultasjon. Systemet skal ivareta svingninger i pasientstrømmer slik at gjennomsnittlig ventetid stabiliseres under målet på 40 dager».

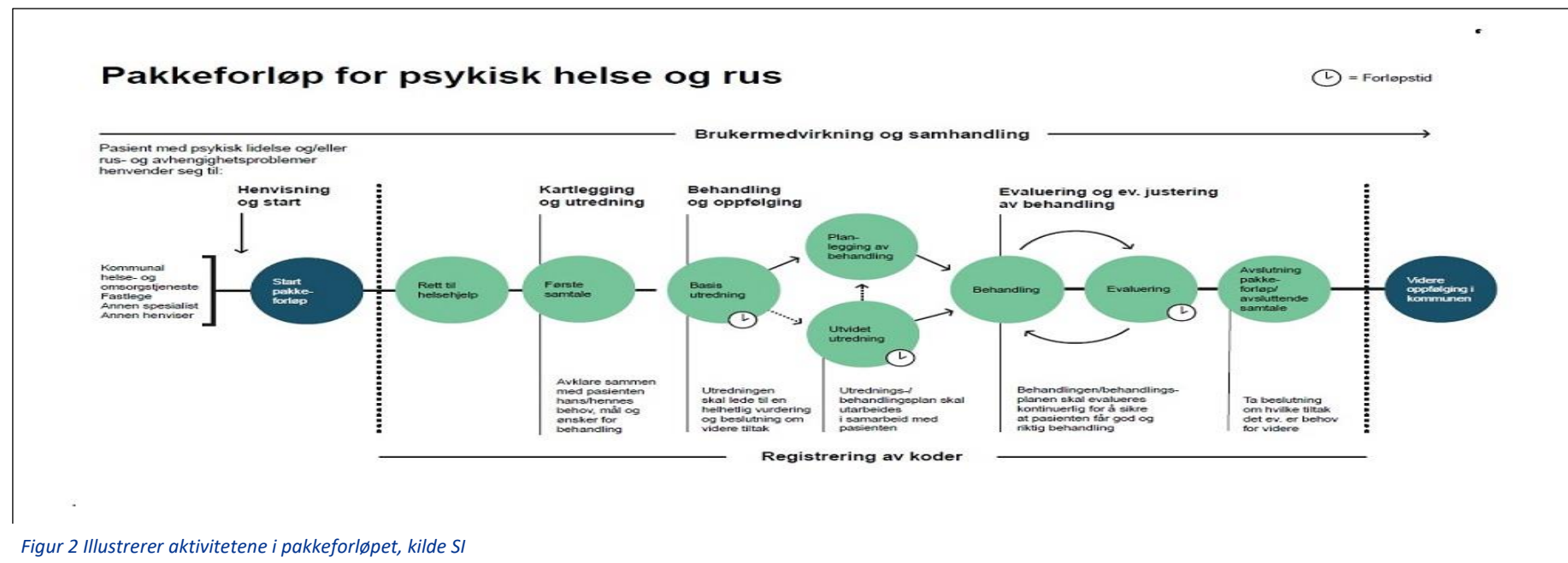
2.2 Pakkeforløp i psykisk helsevern barn og unge

Pakkeforløp i psykisk helsevern barn og unge ble innført primo 2019. Pakkeforløp er et normerende pasientforløp for utredning, behandling og oppfølging av ulike tilstander. Pakkeforløp innebærer, kommunikasjon med pasient og pårørende, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider. Et pakkeforløp skal bygge på nasjonale faglige retningslinjer der dette finnes, alternativt på best tilgjengelig kunnskap og faglig konsensus. Hensikten er bedre og mere koordinerte forløp.

Føringer som er gitt i prioriteringsveileder og veileder for poliklinikker er fortsatt gjeldende, men pakkeforløpet gir tydeligere krav om at utredningene skal være tidsavgrenset, og at status underveis skal regelmessig vurderes / evalueres av psykologspesialist eller psykiater.

Koding av ulike aktiviteter i pakkeforløp er sentralt for å kunne følge med på om målsetting med pakkeforløpene nås, og å gi behandlere og institusjoner mulighet til å følge med på egen utvikling på de indikatorer som måles. God og riktig rapportering av koder er sentralt for at både lokalt ansvarlige, beslutningstakere, sentrale helse er, politikere og befolkningen skal kunne følge med på om helsetjenesten oppfyller de krav som stilles, og om innføring av pakkeforløp gir de ønskede endringene.

I tilknytning til innføring av pakkeforløp, ble rollen som forløpskoordinator etablert både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten skal ha et overordnet ansvar for å koordinere hele forløpet og skal ta initiativ til samarbeidsmøter med kommunene og fastleger for å informere, veilede og gi råd om pakkeforløp. Videre har forløpskoordinator et overordnet ansvar for at forløpstider følges og at målepunkter blir kodet.



Figur 2 Illustrerer aktivitetene i pakkeforløpet, kilde SI

SINTEF rapport *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året* (des. 2019), er den første av tre evalueringsrapporter etter innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus. Rapporten omhandler blant annet erfaringer knyttet til tidsbruk i utredning og behandling, samt erfaringer knyttet til implementering, herunder registreringspraksis og forløpskoordinatorrollen, samt kommunenes rolle.

Det fremkommer i rapporten at det på evalueringstidspunktet fremdeles er utfordringer i forhold til koordinering av forløpene. Det synes også som at utredningsperioden er blitt mere tidkrevende, og at det brukes mer tid på

administrative oppgaver. Når det gjelder utredningsperioden fremkommer det at det kan være problematisk å få til basis utredning innen seks uker. Det fremkommer videre at det er et kunstig skille mellom utredning og behandling, med flere uheldige konsekvenser for tilbudet til pasientene. Det påpekes at tid til behandling går på bekostning av den tiden som går med for å gjøre alt som det legges opp til i forbindelse med utredning. Det er likevel stor enighet om at pakkeforløp fører til bedre struktur i pasientforløpene.

3. Tilnærming omfang og avgrensning

3.1 Tilnærming

Målet med revisjonen er å vurdere om Sykehuset Innlandet HF har etablert prosesser og systemer som legger til rette for å kunne nå fastsatte mål for ventetid innenfor psykisk helsevern barn og unge.

God kvalitet på helsetjenesten avhenger av at ledelsen både planlegger og følger opp kjerne og støtteprosesser på en strukturert måte. Dette forutsetter et styringssystem med gode verktøy og prosesser for styring og ledelse. Forskrift om ledelses- og kvalitetsforbedring omtaler dette som kontinuerlig forbedring og illustrerer dette gjennom forbedringssirkelen. Det understrekes i forskriften at det er ledelsens ansvar at virksomheten planlegges, utføres, evalueres og følges opp til målene er nådd.

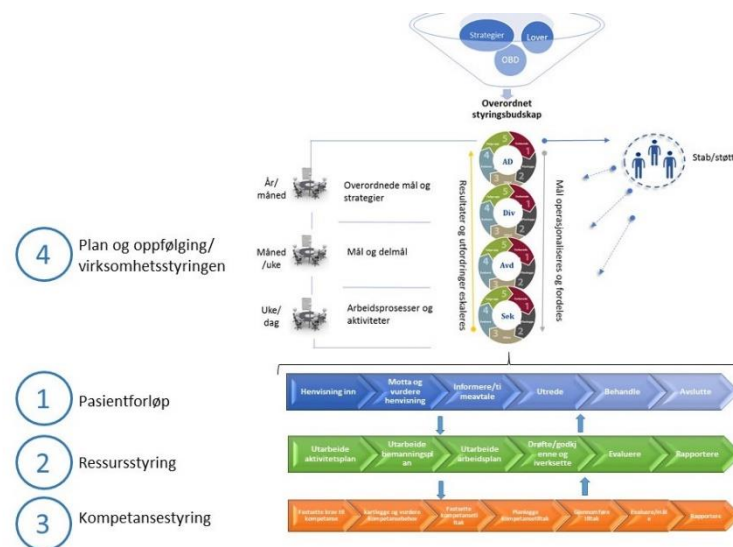
Helseforetak er komplekse organisasjoner med flere ledelsesnivåer. Nivåinndelingen krever avklarte roller, og at det etableres et godt samarbeid mellom ledere på ulike nivåer. Den praktiske gjennomføringen og styringen av pasientforløp, vil i de fleste tilfeller påligge førstelinjelederne som utøver den daglige pasientnære og faglige ledelsen. Utviklingen må samtidig følges opp i lederlinjen gjennom helseforetakenes styringssystemer.

Figur 3 illustrerer hvordan kjerneprosessen- og enkelte sentrale støtteprosesser henger sammen med et helseforetaks styringssystem ved at:

- mål/krav operasjonaliseres og fordeles nedover virksomheten
- planer utarbeides, utføres, evalueres og følges opp innenfor det enkelte nivå
- resultater og utfordringer eskaleres oppover i virksomheten gjennom rapportering.

I figur 3 har vi tillegg til pasientforløpet, som i dette tilfellet er kjerneprosessen, lagt inn støtteprosesser som ressursstyring og

kompetansestyring. Dette er gjort på bakgrunn av at disse prosessene er sentrale for å kunne oppnå pasientforløp som både ivaretar at pasientene får riktig behandling til riktig tid, samt at arbeidet og logistikken skjer mest mulig hensiktsmessig og effektivt. For å oppnå en god sammenheng mellom disse prosessene fordrer dette en systematisk tilnærming hos ledelsen. Dette fordrer igjen at ledelsen får gode verktøy, opplæring og annen tilrettelegging i dette arbeidet.



Figur 3 Helseforetakets styringssystem og aktuelle kjerne- og støtteprosesser

3.2 Omfang og avgrensning

Revisjonen har belyst hvordan helseforetaket har fulgt opp målet om å redusere ventetiden til under 40 dager innenfor psykisk helsevern barn og unge. For å få oversikt over mulige årsaker til at gjennomsnittlig ventetid har ligget over målet på under 40 dager i lang tid, har vi kartlagt eventuelle utfordringer og flaskehalser som påvirker ventetiden.

På bakgrunn av at utfordringsbildet kan være svært sammensatt, har gjennomgangen omfattet forhold ved hele pasientforløpet, det vil si fra mottak av henvisning til avsluttet behandling. Vi har også belyst enkelte forhold ved ressurs- og kompetansestyringen, det vil si hvordan enhetene arbeider med å sikre en god sammenheng mellom aktivitets-grunnlaget og bemanningskapasiteten. Til slutt har vi også sett hvordan dette arbeidet er knyttet til plan- og oppfølgingsprosessen i foretaket.

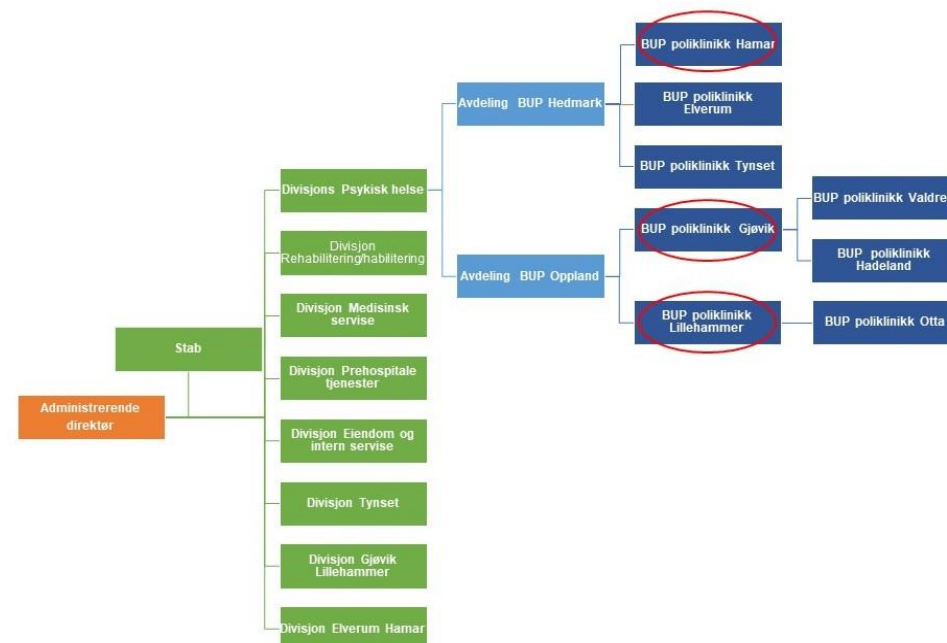
Varsel om revisjon ble sendt til Sykehuset Innlandet HF medio januar 2020. Det ble gjennomført et innledende møte med helseforetaket for å innhente informasjon til videre planlegging av revisjonen. Revisjonen var planlagt gjennomført i perioden februar – april 2020. På grunn av Covid-19 pandemien ble intervjuer ved de to poliklinikkene i BUP Oppland utsatt til mai 2020.

3.3 Reviderte enheter

Sykehuset Innlandet HF er organisert med åtte divisjoner, hvor divisjon Psykisk helsevern er en av disse. I divisjon Psykisk helsevern er det avdelinger innenfor Akuttpsykiatri og psykosebehandling, Alderspsykiatri samt Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Videre er det fire avdelinger knyttet til Distriktpsikiatriske senter (DPS) og tre avdelinger knyttet til Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), hvorav en er døgnavdeling. De to andre er BUP Oppland og BUP Hedmark, som har fem underliggende BUP poliklinikker fordelt på åtte lokasjoner (se figur 4). Etter ønske fra

helseforetaket har konsernrevisjonen særlig undersøkt de tre største poliklinikkene, BUP Hamar, BUP Gjøvik og BUP Lillehammer.

Det er to pågående omstillingsprosjekter i Divisjon psykisk helsevern. Det ene er i regi av RHFet og har særlig fokus på rekruttering av spesialister. Det andre er et internt BUP prosjekt «Utvikling av BUP frem mot framtidig mål bilde for Sykehuset Innlandet HF». Dette prosjektet skal med utgangspunkt i faglige føringer gi forslag til endringer / prioriteringer / nye pasienttilbud på kort og lang sikt. I tillegg skal det gi forslag til ny organisasjons og ledelsesmodell. Divisjonen satser også på ledelsesutvikling i et samarbeid med HR avdelingen i SI.



Figur 4: Forenklet organisasjonskart med oversikt over BUP

BUP Hedmark

Avdeling BUP Hedmark omfatter poliklinikker på Hamar, Elverum og Tynset. Opptaksområdet er kommunene Ringsaker, Hamar og Stange. I 2019 mottok BUP Hamar 602 nye henvisninger, avsluttet 510 saker og hadde en gjennomsnittlig avslagsprosent på 20,1 %. har 38,5 stillinger og er organisert med team som er inndelt i forhold til problematikk/henvist problem. Det er Sped og små-, nevro-, akuttambulant- og generelle team. Alle team gir helhetlige pasienttilbud/pakkeforløp.

BUP Oppland

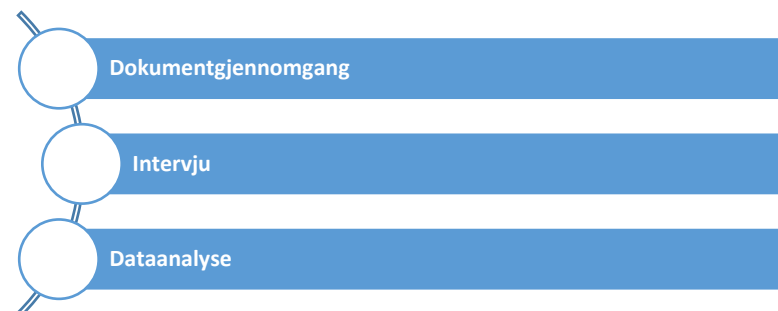
Avdeling BUP Oppland omfatter to store poliklinikker, BUP Lillehammer og BUP Gjøvik. Innunder disse er det tre geografiske lokasjoner. BUP poliklinikk Valdres og BUP poliklinikk Hadeland er knyttet til BUP Gjøvik, mens BUP poliklinikk Otta er knyttet til Lillehammer Poliklinikkene er generalistpoliklinikker, og inndelt i geografiske team som hovedprinsipp.

BUP Gjøvik har 13 kommuner i sitt opptaksområde og 46 ansatte hvorav tre i Valdres og syv på Hadeland I 2019 mottok BUP Gjøvik 574 nye henvisninger, avsluttet 445 saker og hadde en gjennomsnittlig avslagsprosent på 16,8 %.

BUP Lillehammer har 12 kommuner i sitt opptaksområde og 35 ansatte hvorav seks på Otta. I 2019 mottok BUP Lillehammer 334 nye henvisninger, avsluttet 258 saker og hadde en gjennomsnittlig avslagsprosent på 22,1 %.

3.4 Metode

Figur 5 viser hvilke metoder som er benyttet for å belyse problemstillingene i revisjonen. Dokumentgjennomgangen har innbefattet månedsrapporter, tertialrapporter, årlig melding samt prosedyrer/rutiner, retningslinjer og sjekklister. Se vedlegg 1.



Figur 5 Metoder som er benyttet i revisjonen

Det er gjennomført samtaler/intervjuer med personer på flere nivå i helseforetaket. Dette inkluderer divisjonsdirektør og assisterende divisjonsdirektør, avdelingsledere, enhetsleder, assisterende enhetsledere, teamledere, behandlere og kontorfaglig personale. Se vedlegg 2.

Konsernrevisjonen har innhentet DIPS-rapporter og gjennomført enkelte analyser av pasientadministrative data for å belyse eksempelvis ventetider, frister, utrednings-/behandlingsforløp

3.5 Revisjonsgrunnlag

Revisjonsgrunnlaget er relevante lover og forskrifter som pasient- og brukerrettighetsloven, journalforskriften, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, prioriteringsforskriften, faglige retningslinjer, rammeverk for virksomhetsstyring Helse Sør-Øst (2020) og andre styrende dokumenter for området.

Med utgangspunkt i revisjonsgrunnlaget har vi beskrevet et sett med revisjonskriterier innledningsvis for hvert av delkapitlene.

4. Vurdering av henvisning og timetildeling

I dette kapittelet har vi sett på om det er faktorer ved mottak og vurdering av henvisning som direkte eller indirekte kan påvirke ventetiden fra mottak av henvisning til første polikliniske konsultasjon (inntakssamtale).

4.1 Mottak og vurdering av henvisning

Revisjonsgrunnlag

Barneverntjeneste, psykolog og lege kan henvise til BUP. Helsedirektoratet har utarbeidet en henvisningsveileder som hjelp til utfylling av henvisninger. Etter oppdrag fra Helsedirektoratet har det blitt utarbeidet et felles henvisningsskjema for det psykiske helsevernet for barn og unge, skjemaet ble sist revidert i 2011.

Helseforetaket skal på bakgrunn av henvisningen vurdere om pasienten har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller ikke. Vurderingen skal gjøres innen 10 virkedager. Tilstrekkelig kvalitet i henvisningen er avgjørende for vurdering av helsetilstand og behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten. Dersom henvisningen er mangelfull skal



Figur 6 Hvor mottak og vurdering av henvisninger finner sted i pasientforløpet

den vurderes ut fra de opplysninger som er gitt, eventuelt skal det innhentes tilleggsopplysninger. Ved mangelfull henvisning bør helseforetaket i etterkant ta kontakt med henviser for veiledning av hva en henvisning skal inneholde.

Pasienter som får rett til helsehjelp skal få en frist for når helsehjelpen **senest** skal starte opp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig

forsvarlighet krever. De juridiske fristene settes blant annet på bakgrunn av veiledende frister for helsehjelp gitt i nasjonale prioriteringsveiledere. I prioriteringsveilederne gis det anbefalinger om rettigheter på gruppenivå. Det skal videre vurderes om det er individuelle forhold som tilsier at det må settes kortere frist.

Observasjoner

Henvisende instans benytter i mindre grad et felles henvisningsskjema ved utfylling av henvisningene. Det opplyses om at dette gjør vurderingsarbeidet mindre effektivt ettersom mange henvisninger har uhensiktsmessig struktur og organisering. Det har vært ytret et ønske til Helsedirektoratet at det utarbeides en henvisningsmal tilpasset pakkeforløpene.

I BUPene vurderes mottatte henvisninger løpende av psykologspesialist eller psykiater som er del av inntaksteamet. Det vurderes hastegrad, om henvisningen er tilstrekkelig opplyst og om nødvendig samtykke foreligger. Alle de reviderte poliklinikkene har ukentlig inntaksmøte for gjennomgang og fordeling av henvisningene til relevante team og behandler. Det er gjennomgående praksis at inntaksmøtet i poliklinikkene gjør en vurdering av henvisninger det er knyttet usikkerhet til.

Det opplyses om at det er varierende kvalitet på henvisningene som mottas i de reviderte poliklinikkene. I en del tilfeller er supplerende og nødvendige undersøkelser og tester ikke utført av PPT, eller vedlagt henvisningen. Samtykke fra foresatte kan også mangle. Ved opplagte mangler ved henvisningen innhentes supplerende informasjon. BUP Hamar har etablert en praksis med at enkelte pasienter tas inn til en vurderingssamtale for å avklare behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Det fremkommer videre at en del pasienter som har fått avslag og deretter blitt rehenvist, gis rett til helsehjelp på bakgrunn av en bedre begrunnet henvisning.

Det opplyses om at det i perioder har vært lagt ned en betydelig innsats for å bedre kvaliteten på henvisningene. Det er blant annet gitt direkte tilbakemelding til henviser ved manglende innhold i henvisninger. Det har også blitt arrangert møter for de som henviser, samt kommunisert informasjon knyttet til henvisningspraksis via brev. Det opplyses om at denne innsatsen ikke har hatt ønsket effekt på kvaliteten på henvisningene.

Det fremkommer av intervjuene at det kan være flere årsaker til at henvisninger er mangelfulle. Det vises blant annet til at det ofte er manglende kapasitet i kommunene, tidspress hos fastlegene og at de baserer seg på informasjon fra tredje part, eller har liten erfaring/kompetanse med problemstillingen det henvises for.

På revisjonstidspunktet opplyses det om at det er økende trend blant poliklinikkene å etablere samarbeidsgrupper med kommunene for å få bedre kvalitet på henvisninger. Det ble for eksempel vist til at BUP Hamar hadde tatt initiativ for å vurdere henvisninger sammen med kommunen (pilot), dette for å bidra til omforent forståelse av hvilke pasienter som skal gis rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og hvilke pasienter kommunene med fordel bør behandle selv.

Det fremkommer i gjennomgangen at frister for start helsehjelp i hovedsak settes etter prioriteringsveilederens anbefaling på gruppenivå. Det opplyses at individuelle behov og utfordringer hensyntas ved fristfastsettelse. For enkelte diagnosegrupper, der spesifikke behandlingsveiledere er tatt i bruk i poliklinikkene, fastsettes kortere frister enn det som anbefales i prioriterings-veilederne. Et eksempel på dette er spiseforstyrrelser som har 8-12 ukers frist på gruppenivå i henhold til prioriterings-veilederen, mens veileder i familiebasert behandling av spiseforstyrrelser (Maudsley-modellen) som anvendes i BUP SI, har 1-4 ukers frist.

Vurderinger - mangelfulle henvisninger forsinker vurderingsarbeidet

Gjennomgangen viser at det ikke benyttes et felles henvisningsskjema. Vi vurderer at en felles struktur og organisering av innholdet i henvisningene vil kunne gi de vurderingsansvarlige raskere oversikt over pasientenes helsetilstand, samt at dette vil innebære at håndteringen av henvisningene effektiviseres. Dette kan igjen bidra til å frigjøre ressurser til andre gjøremål.

Henvisninger vurderes forløpende av spesialist. Dersom usikkerhet/uklarheter vurderes disse henvisningene i påfølgende inntaksmøte. Konsernrevisjonen vurderer at mangelfulle opplysninger i henvisningene forsinker vurderingsarbeidet i poliklinikkene. Dette merarbeidet er ressurskrevende og påvirker kapasitet og ventetid for utredning og behandling for øvrige pasienter. Enkelte empiriske studier viser også at pasienter med gode henvisninger, ved siden av betydning for prioritering, venter i gjennomsnitt kortere på start utredning/behandling enn når henvisningene er svake/mangelfulle.

Gjennomgangen viser at det er i noen grad etablert et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i forbindelse med vurdering av henvisninger. Dette gjelder særlig opp mot kommuner som har spesielt høy henvisningsfrekvens. Konsernrevisjonen vurderer at dette tiltaket vil kunne bidra til både bedre og «riktige» henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne få flere viktige effekter. For det første vil det kunne frigjøre ressurser i inntaksarbeidet til BUPene. For det andre vil det bidra til bedre prioriteringer og oppgavefordeling, slik at pasientene gis nødvendig helsehjelp på rett behandlingsnivå. Ved siden av at dette vil innebære et potensiale for bedre planlegging og ressursutnyttelse av de ulike pasientforløpene, vurderer vi at dette også vil kunne bidra til å imøtekomme målet om å redusere andelen pasienter som ikke får rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, jf. OBD 2020.

Fristfastsettelse gis i henhold til frist på gruppenivå i prioriteringsveileder og spesielle behov hensyntas.

4.2 Informasjon om rettighetsvurdering og timetildeling

Revisjonsgrunnlag

Pasienter med rett til helsehjelp skal få informasjon om rettighetsvurderingen, samt timeavtale i svarbrev på henvisningen. Tildeling av timeavtale forutsetter en lang planleggingshorisont på poliklinikkene, og åpne timebøker. Oppdrag- og bestillingsdokument til helseforetakene har fastsatt et mål om seks måneders planleggingshorisont.



Figur 7 Hvor utsendelse av svar på vurdering av henvisningen finner sted i pasientforløpet

Observasjoner

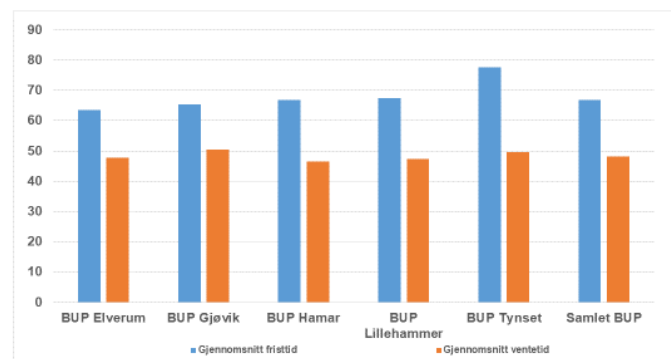
Det er kontorpersonell som utarbeider svarbrev og booker timer til start helsehjelp og påfølgende timeavtaler innenfor en gitt tidshorisont. Det opplyses at timebøkene er åpne tre måneder frem i tid i de reviderte poliklinikkene. Behandlere kan sette av dager eller deler av dager til annet arbeid.

Ved BUP Hamar får pasientene satt opp en serie på seks timer til basis utredning i svarbrev på henvisningen. Disse timene er innen en gitt tidsramme. Ved BUP Oppland gir poliklinikken i Lillehammer fire timer til basis utredning i første brev, mens det ved BUP Gjøvik på revisjonstidspunktet kun gis informasjon knyttet til rettighetsvurderingen. Deretter gis fire timer til basis utredning i eget brev en til tre uker før fastsatt frist. Det opplyses om at denne praksisen kun er midlertidig og har sin årsak i ressurstilgangen.

Som hovedregel skal time til start helsehjelp (første time) settes opp på første mulige tidspunkt. Det opplyses om at første time på undersøkelsestidspunktet settes nær opp mot gitte frister. Det vises til at dette skyldes ressurs- og kapasitetsutfordringer. Det kan eksempelvis være manglende behandlerkompetanse, eller at det ikke er tilgjengelig behandler på aktuelt diagnoserelatert eller geografisk team.

På bakgrunn av nevnte kapasitetsproblemer vises det til at dette kan medføre en målkonflikt mellom å prioritere å få inn nyhenviste pasienter innen fastsatt frist, versus det å prioritere planlagte timer til pasienter som allerede er i et behandlingsforløp. Ettersom det er et sentralt mål å hindre fristbrudd, prioriteres det å sette det opp time til disse pasientene.

Figur 8 viser sammenheng mellom gjennomsnittlig frist-tid og ventetid for start helsehjelp. For de fleste poliklinikkene var gjennomsnittlig ventetid i 2019 mellom 45 og 50 dager.



Figur 8 Fristid versus ventetid (henvisninger vurdert i 2019): Kilde DIPS rapport 6813

Vurderinger - rettighetene ivaretas – en av poliklinikkene ivaretar ikke pasientens forutsigbarhet knyttet til timetildeling

Det vises til at time for oppstart helsehjelp skal gis ved første mulige tidspunkt, men på grunn av kapasitetsutfordringer settes timen tett opp mot fristdato for å unngå fristbrudd. Dette vil for mange pasienter innebære en ventetid på start helsehjelp på 8-12 uker. Slik konsernrevisjonen vurderer det, ivaretas pasientenes rettigheter knyttet til oppstart helsehjelp. Praksisen innebærer imidlertid at målet om under 40 dagers gjennomsnittlig ventetid ikke vil nås (se for øvrig kapittel 6).

Videre er det observert enkelte andre utfordringer knyttet til timetildeling i en av poliklinikkene. Ved BUP Gjøvik får ikke pasientene timetildeling i første brev, men på et senere tidspunkt. Dette er ikke i tråd med føringene, og innebærer at pasientene ikke har forutsigbarhet for når helsehjelpen startes. Samtidig vil dette innebære en økning i administrative oppgaver og dermed dårligere ressursutnyttelse knyttet til de administrative prosessene.

5. Utredning og behandling

I dette kapittelet har vi sett på om det er faktorer i utrednings- og behandlingsforløpet som indirekte kan påvirke ventetiden fra mottak av henvisning til første polikliniske konsultasjon (inntakssamtale).

5.1 Basis og utvidet utredning

Revisjonsgrunnlag

Alle pasienter som får rett til helsehjelp vil få et tilbud om basisutredning. Anbefalt forløpstid på basisutredning er seks uker. Utredningen har som mål å avklare om det foreligger en psykisk lidelse og eventuell alvorlighetsgrad. Etter endt utredning avklares det om barnet har en diagnose. Følgende forhold skal gjennomgås:

- innledende samtale
- kartlegging/utredning
- differensialdiagnostisk vurdering
- eventuell tverrfaglig drøfting med spesialist
- beslutning
- samarbeidsmøte

På bakgrunn av dette kan beslutningen bli:

- behov for videre utredningsplan/forløp – utvidet utredning
- behov for behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten
- behov for oppfølging/behandling av annen instans
- ikke behov for videre oppfølging eller behandling

Basisutredning vil i mange tilfeller være tilstrekkelig for å gjøre en helhetlig vurdering som omfatter beskrivelse av behandlingsbehov,

mulige årsakssammenhenger og mulig diagnose. Dersom det fortsatt er uavklarte forhold av betydning for en diagnose eller differensialdiagnoser, kan det være behov for utvidet utredning. Anbefalt forløpstid for utvidet utredning er seks uker. Etter utvidet utredning skal det settes:

- (videre) behov for behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten
- behov for oppfølging/behandling av annen instans
- ikke behov for videre oppfølging eller behandling



Figur 9 Hvor basis utredning og eventuell utvidet utredning finner sted i pasientforløpet

Observasjoner

Gjennomgangen viste at alle poliklinikkene har satt opp et planlagt utredningsforløp for pasientene som vurderes til rett til utredning. Det opplyses at det utarbeides en utredningsplan og at spesialist i psykiatri/psykologi er involvert i dette arbeidet.

Det var noe forskjellig oppsett i antall timer til basisutredning mellom BUP Hamar og BUPene i Gjøvik og Lillehammer. I BUP Hamar ble det satt opp 5-6 timer til basis utredning, og det opplyses at brorparten av pasientene blir ferdig utredet i løpet av 6 uker. De opplyser at det i hovedsak er pasienter med komplekse problemstillinger, og pasienter til nevroteamet og sped- og småbarnsteamet, som får utvidet utredning på BUP Hamar. Det vises også til at det for denne gruppen lages et standard utredningsforløp innen 12 uker hvor en for pasienten ikke skiller mellom basis- og utvidet utredning. Dette gjøres

for å ikke skape et kunstig skille, det vil si at dette er en «teknisk øvelse i journal» slik at kodingen i pakkeforløpet blir riktig.

Ved poliklinikkene i BUP Oppland gis det fire timer til basisutredning innenfor seks uker. Det opplyses her at en stor andel pasienter også blir satt opp til utvidet utredning. Dette skyldes at det må gjennomføres tester de mener tilhører utvidet utredning. Det vises til at dette kun blir et par ekstra konsultasjoner for mange av pasientene. Det opplyses videre at de også for disse pasientene likevel bruker de seks ukene som utvidet utredning utløser. BUP Oppland opplyser i den sammenheng at de generelt har en utfordring med å få sluttført konklusjonen på utredningene, og at dette ofte forlenger utredningstiden. Det vises til at dette skyldes mangel/tilgang på spesialistkapasitet, samt at en ikke har tid til å fullføre utredningsrapportene.

Vurderinger - utredningsforløpene er ulike mellom poliklinikkene

Konsernrevisjonen vurderer at utredningsfasen for alle poliklinikkene fremstår som strukturerte ut i fra oppsettet av timetildeling og at det er utarbeidet en utredningsplan. Vi observerer samtidig at det er relativt store forskjeller mellom BUPene i Oppland og Hedmark i hvor stor andel pasienter som går til utvidet utredning. Ulikhetene kan ha flere forklaringer, den viktigste synes å være at en tolker ulikt hva som skal gjøres innenfor basis versus utvidet utredning.

På bakgrunn av andelen og totalt andel konsultasjoner for de som går til utvidet utredning i PUB Oppland, stiller konsernrevisjonen seg spørsmål om andel pasienter som går til utvidet utredning er her for stor sett opp mot føringene i pakkeforløpsveilederne. Konsernrevisjonen vurderer at dette vil innebære at en relativt stor andel pasienter får en unødvendig lang utredningsperiode. Vi vurderer dette som uheldig for pasientens behandlingsforløp. Praksisen kan henge sammen med utfordringer i kompetanse- og ressursituasjonen i poliklinikken. Dette beskrives nærmere i kapittel 6.

5.2 Behandling

Revisjonsgrunnlag

Når utredningen er ferdig skal det vurderes om pasienten har symptomer som imøtekommer kriteriene for en psykisk lidelse og om pasienten er i behov for videre behandling. Pasienten og/eller foreldre bør være informert om de ulike behandlingsformene enheten tilbyr.



Figur 10 Hvor behandling finner sted i pasientforløpet

Behandler og pasient og/eller foreldre skal samarbeide om å utarbeide en behandlingsplan med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten og/eller foreldre. Behandlingsplaner skal i henhold til krav i veileder for pakkeforløp sette rammer for behandlingen i form av at hyppighet og varighet, tidspunkt for evaluering av tiltakene, samt kriterier for avslutning. Evalueringpunkter er viktige stopp punkter for å vurdere om pasienten har nytte av behandlingen og for å vurdere eventuelle andre tiltak og tilnærminger. Behandlingsplanen skal til enhver tid være oppdatert. Det er behandlernes ansvar å følge opp behandlingsplan og evalueringsfrister. Ved evalueringer og eventuelle endringer i behandlingsplan skal spesialist involveres.

En behandlingsplan bør minimum inneholde:

- behandlingsmål
- rammer for behandlingen (hyppighet, varighet)
- behandlingstilnærminger og tiltak
- eventuelle tiltak utenfor psykisk helsevern

- plan for å fortsette skole/arbeid eller for tilbakevending til skole/arbeid
- ansvarlig for de ulike tiltakene
- pasient og/eller foreldres ansvar for å følge opp behandlingen
- kriterier for avslutning
- plan for evaluering av tiltakene

Observasjoner

I henhold til intern rutine skal behandlingsplan utarbeides ved oppstart behandling i samarbeid med pasient/pårørende etter mal i DIPS. Det er også utarbeidet oversikt over innhold i behandlingsplan i fraseversikt på divisjonsnivå. Denne er i tråd med føringene. For eksempel fremkommer det at man skal fylle ut antall og hyppighet på konsultasjonene, hvem som skal involveres, evalueringstidspunkter, kriterier for avslutning mm. Det opplyses om at det er stort fokus på behandlingsplaner, og ulike tiltak er iverksatt og pågår. BUP Lillehammer deltar for eksempel i et forbedringsprosjekt i regi RHFet.

Poliklinikkene opplyser at behandlingsplan anvendes ved alle de reviderte poliklinikkene. Det vises imidlertid til at behandlingsplaner i mange tilfeller ikke følges som planlagt. Dette gjelder for eksempel for planlagt hyppighet på konsultasjonene og planlagte evalueringer.

Poliklinikkene opplyser om at de har en intensjon med å sette opp nye timer for den enkelte pasient hver uke eller annenhver uke. De viser til at dette ofte ikke er mulig å få til på grunn av mangel på kapasitet, ettersom behandlerne har et for stort antall pasienter i forhold til behandlingskapasitet. Videre vises det til at det kan være utfordringer med å få tilgang på andre nødvendige bemanningsressurser i poliklinikkene. Det er også slik at hyppighet kan variere litt i forhold den enkeltes pasient/foreldres ønske, samt at behovet kan svinge litt med skoleåret.

Det opplyses videre at det er utfordringer i poliklinikkene med å få satt opp evalueringer i tråd med plan. Dette forklares ut i fra ulike årsaker. Ved BUP Gjøvik og BUP Lillehammer opplyses det om at det er opp til behandler å ta initiativ til stoppunkter for evaluering og å be om assistanse fra annet personell. Det vises til at dette er en praksis som ikke fungerer, blant annet på bakgrunn av manglende oversikter over evalueringstidspunkter. Det opplyses videre at tilgang på spesialistkompetanse er en flaskehals som forsinker evalueringene. De to poliklinikkene har organisert seg noe ulikt i dette arbeidet. Ved BUP Gjøvik har en organisert spesialistene i ulike miniteam som hver består av to personer. De øvrige behandlerne kan booke tid i disse miniteamene for å få gjennomført tverrfaglige drøftinger. Ved BUP Lillehammer er det etablert miniteam der behandlere er delt inn i team på 5-6 personer som møtes 2,5 timer ukentlig for å drøfte saker tverrfaglig. Det er spesialist tilstede i disse teamene.

Ved BUP Hamar bistår sekretær, teamleder og ansvarlig behandler med å holde oversikt over alle behandlingsplaner, samt å følge opp at rutinen for evaluering etterleves. Dette gjøres på teammøter. Det opplyses at mangel på tilgang på spesialister kan forsinke planlagte evalueringstidspunkter.

I henhold til Sis funksjonsbeskrivelse for forløpskoordinator, har forløpskoordinator et overordnet ansvar for forløpstider og at målepunkter blir kodet. BUP Hedmark og Oppland har etablert forløpskoordinatorrollen, men den er i praksis ikke tillagt oppgaver knyttet til pasientforløp slik intensjonen var. Det er saksansvarlig og teamleder som har ansvar for disse oppgavene.

Det fremkommer i rutine at det er behandlerne som har ansvar for valg av kode og å kommunisere dette til kontorleder/merkantile som registrerer dette i DIPS. Ved BUP Hamar er det utarbeidet et flytskjema som viser stoppunkter til hjelp for behandlerne i kodingen.

Det opplyses om at det i enkelte av poliklinikkene er manglende eller noe tilfeldig koding av pakkeforløp. Dette gjelder særlig BUP Lillehammer hvor det

er behandlerne som registrerer koder i DIPS ettersom det over tid har vært mangel på merkantilt personell. Utfordringer knyttet til koding skyldes både mangel på kunnskap hos behandlerne om registrering av koder (hva og når), samt at det i mindre grad er oversikter som viser status på kodingen.

I tillegg vises det til at det over tid har vært utfordringer knyttet til andelen ikke møtt til avtalt time. Ut i fra Årlig melding 2019 utgjorde dette omlag 10 % i BUP. Det vises til at dette legger beslag på en stor andel ressurser som skulle vært brukt i aktiv utredning og behandling.

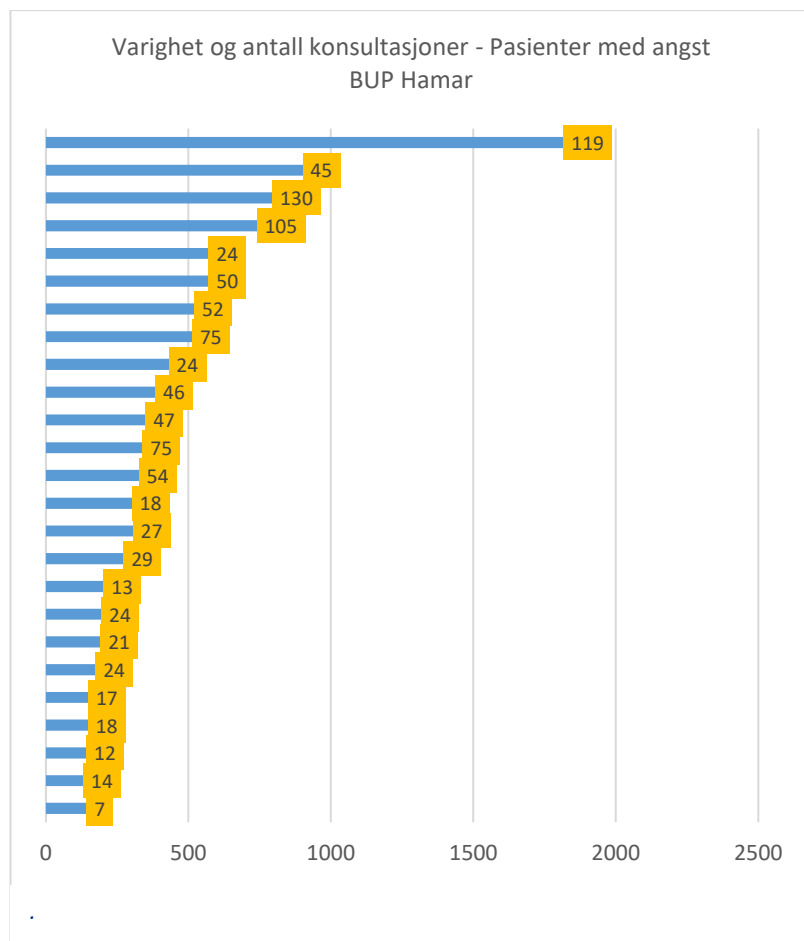
Gjennomgangen viser videre at det er utfordringer med å avslutte forløpene i tråd med det som er planlagt. Dette fører til at en del pasienter får forlenget behandlingsforløpet i BUP. Det opplyses at dette kan ha flere årsaker. Det vises eksempelvis til at nye pasienter må prioriteres for å hindre fristbrudd, samt at familien og behandler ønsker å se an utviklingen før man avslutter behandlingen - eksempelvis i forbindelse med skolestart. Det vises videre til at manglende kapasitet i skole/kommunehelsetjenesten gjør at man utsetter å avslutte behandlingen i BUP. En poliklinikk opplyser også at det er en flaskehals med å ferdigstille dokumenter knyttet til forløp, blant annet fordi pasientkonsultasjoner prioriteres og «papirarbeid» da blir liggende.

Mottatt dokumentasjon viser at enkelte av poliklinikkene også har et relativt stort antall pasienter som er i et behandlingsforløp, men hvor det ikke er satt opp en ny timeavtale. Dette omtales som pasienter uten ny kontakt. For enkelte av pasientene har de stått uten ny kontakt over relativ lang tid.

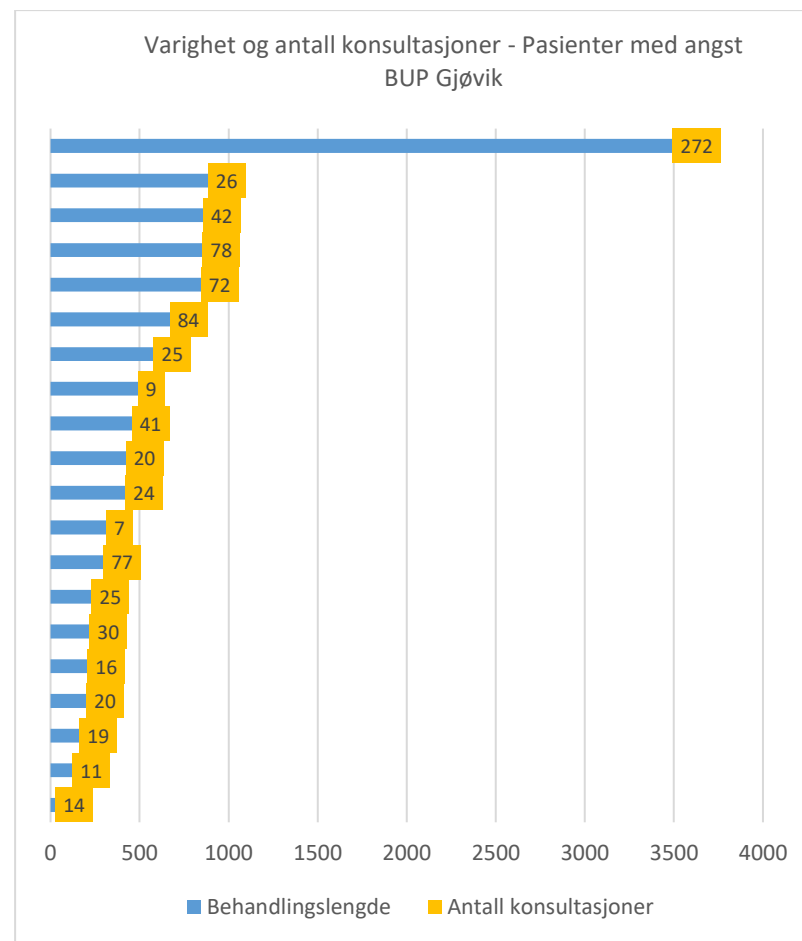
Som del av revisjonen er det gjort uttrekk fra DIPS for å belyse om det er variasjon i hvor lenge pasientene får behandling, antallet konsultasjoner og hyppigheten på konsultasjonene innenfor flere diagnosegrupper. Figurene 12 – 16 og tabell 1 viser at det innenfor de tre poliklinikkene er

relativt stor variasjon i behandlingen innenfor samme diagnosegruppe når det gjelder lengde på behandlingsforløp, samt hyppighet og antall konsultasjoner. Variasjonen kan påvirkes av flere forhold. Variasjonen kan muligens relateres til forholdene som er påpekt ovenfor. Det kan også være variasjon i praksis mellom behandlerne. Variasjonen kan også skyldes at de fastsatte diagnosene ikke reflekterer hele kompleksiteten i pasientenes problematikk.

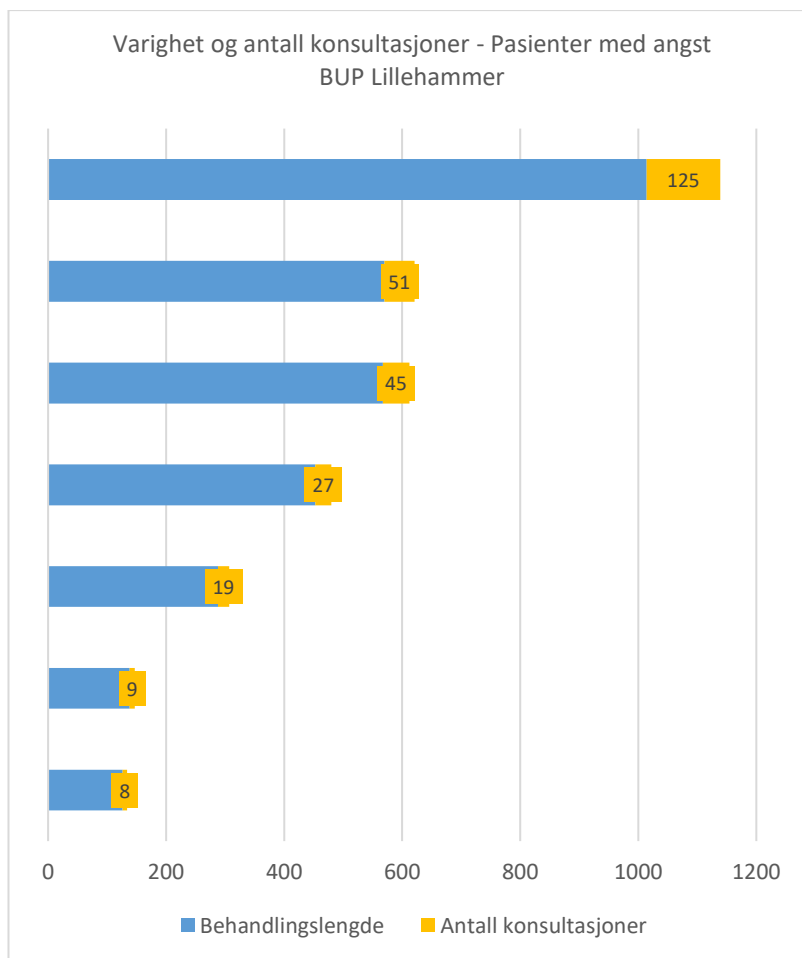
Konsernrevisjonen vil videre gjøre oppmerksom på at figurene og tabellen er basert på pasienter som har avsluttet behandlingen i 2019, og at figurene og tabellen kan illustrere en annen praksis enn den som er gjeldende i dag etter innføring av pakkeforløpene.



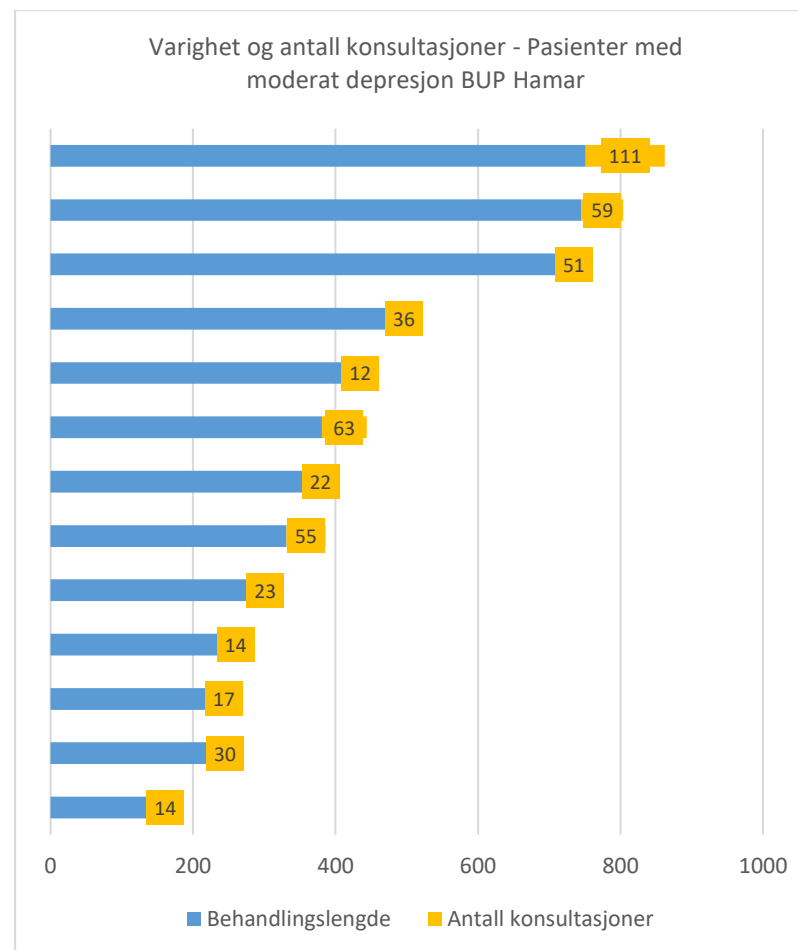
Figur 12: Antall dager behandling og antall konsultasjoner pr pasient med angst. (ICD-10 F400, F4001, F401, F402, F411). Behandling avsluttet i 2019. DIPS-rapport 2028.



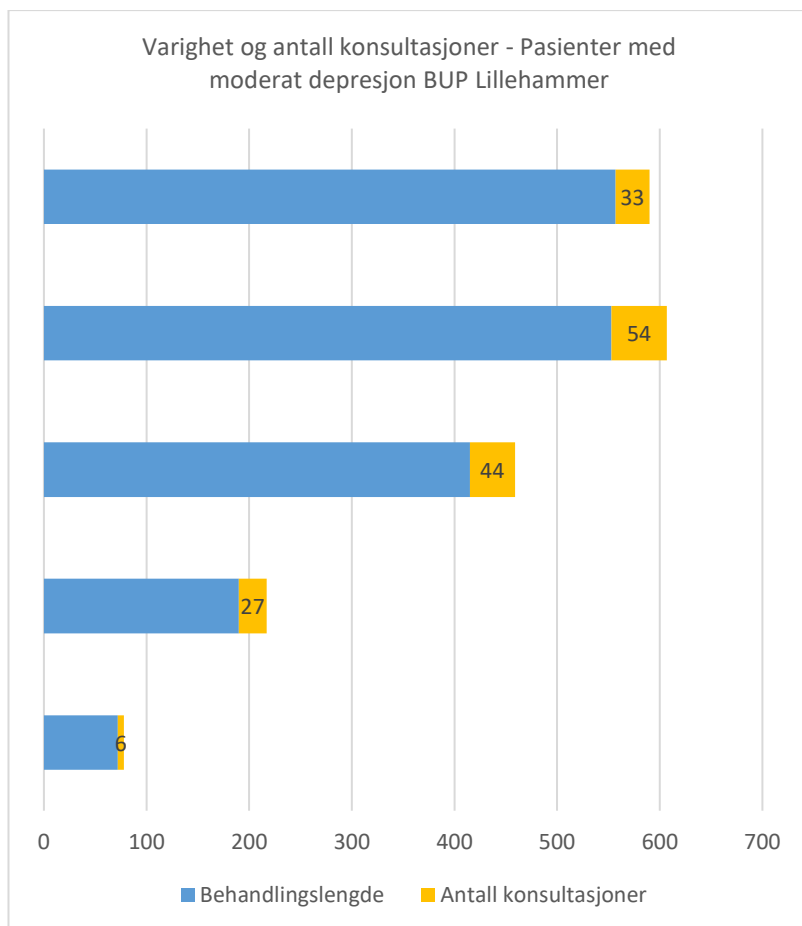
Figur 13: Antall dager behandling og antall konsultasjoner pr pasient med angst. (ICD-10 F400, F4001, F401, F402, F411). Behandling avsluttet i 2019. DIPS-rapport 2028



Figur 14 Antall dager behandling og antall konsultasjoner pr pasient med angst. (ICD-10 F400, F4001, F401, F402, F411). Behandling avsluttet i 2019. DIPS-rapport 2028



Figur 15: Antall dager behandling og antall konsultasjoner pr pasient med moderat depresjon. (ICD-10 F321 og F331). Behandling avsluttet i 2019. DIPS-rapport 2028



Figur 16: Antall dager behandling og antall konsultasjoner pr pasient med moderat depresjon. (ICD-10 F321 og F331). Behandling avsluttet i 2019. DIPS-rapport 2028

Tabell 1 Variasjon mellom poliklinikker for pasienter med spiseforstyrrelser avsluttet i 2019

	Gjennomsnittlig varighet (dager)	Gjennomsnittlig dager mellom konsultasjoner	Gjennomsnitt av antall konsultasjoner	Antall pasienter
BUP Gjøvik	387	26,6	28	5
BUP Hamar	445	9,5	49	13
BUP Lillehammer	648	8,2	107	8

Vurderinger - forsinkelser i pasientforløpet er medisinsk uheldig

Gjennomgangen viser at det er utarbeidet føringer for behandlingsplaner som er i tråd med anbefalingene. Det vises til at behandlingsplaner utarbeides i enhetene, men at planene i varierende grad følges. Dette gjelder særlig poliklinikkene i Lillehammer og Gjøvik. Det vises her til at dette i hovedsak skyldes ressursmessige prioriteringer, og manglende tilgang på spesialistkompetanse.

Konsernrevisjonen vurderer at dagens praksis får ulike konsekvenser. For det første får ikke pasientene det pasientforløpet som er planlagt ved at forløpet ikke blir like intensivt, det evalueres sjeldnere og mindre systematisk, samt at det avsluttes for sent. Dette gir risiko for at forløpene blir lite «aktive» og unødvendig lange, samt ikke optimale på grunn av at man ikke har evaluert og eventuelt korrigert planlagt behandling underveis. Denne type forsinkelser i pasientforløpet er uheldig for pasientens behandling. For det andre vil disse forholdene igjen kunne føre til at totalt antall konsultasjoner per pasient vil gå opp. Ved siden av at dette er en belastning for den enkelte pasient, vil dette også kunne belaste den totale kapasiteten i poliklinikkene unødig.

Vi vurderer at enkelte av de pasientadministrative manglene, eksempel at pasienter ikke settes opp til ny kontakt og manglende ajourføring av journal, innebærer risiko for pasientsikkerheten.

Videre vurderer vi at svakhetene ved koding er uheldig. Svakheterne innebærer at det ikke er mulig å følge med på egen utvikling på de indikatorer som måles. Tallene vil følgelig heller ikke kunne gi god beslutningsstøtte for ledelsen. Helseforetaket vil heller ikke etterkomme intensjonen om å gi sentrale myndigheter oversikt over om helsetjenesten oppfyller de krav som stilles til den, og om innføring av pakkeforløp gir ønskede endringer.

Konsernrevisjonen vurderer at utfordringene som er beskrevet i dette kapitlet må ses i sammenheng med hvordan poliklinikkene styrer prosessene rundt ressurser og kompetanse. Dette kan igjen ses i sammenheng med hvordan systemet for plan og oppfølging av kjerne- og støtteprosesser generelt fungerer i en avdeling. Ovennevnte forhold blir beskrevet i neste kapittel.

6. Styring av pasientforløpene

I dette kapittelet vil vi se på mulige bakenforliggende årsaker til de utfordringene som er vist i forrige kapittel. I den sammenheng starter vi med å se på enkelte forhold knyttet til ressursstyring og kompetansestyring. Dette er sentrale støtteprosesser som er avgjørende for å understøtte logistikken og kvaliteten i pasientforløpene. Videre har vi også sett litt på etablert styringssystem, herunder om poliklinikkene har hensiktsmessige plan- og oppfølgingsprosesser.

6.1 Ressurs- og kompetansestyring

Revisjonsgrunnlag

I ressursstyringen inngår de aktivitetene som gjennomføres i helseforetaket for å sikre at helseforetaket til enhver tid har tilstrekkelig med bemanningsressurser for at oppgaver gjennomføres. Ressursstyring kan sees som en strukturert prosess, der ulike aktiviteter foregår i hvert steg av prosessen (se figur under).



Figur 17 Prosess ressursstyring

For å sikre god ressursstyring må det blant annet være kunnskap og oversikt over aktivitetsgrunnlaget knyttet til vurdering av henvisninger og utredning og behandling av ulike diagnosegrupper - og hva dette

genererer av oppgaver og arbeidstimer ved de ulike enhetene. Videre må enhetene ha oversikt over kapasitetsgrunnlaget, herunder bemanningsressurser og hvilken kompetanse de besitter.

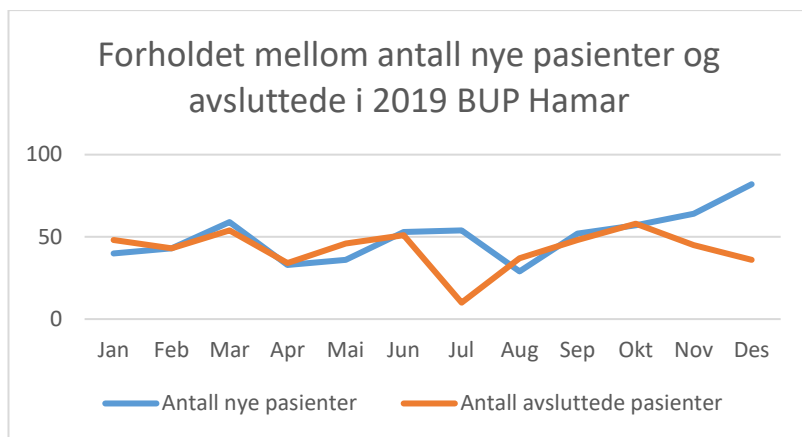
Ressursstyringsprosessen vil ut i fra dette også være nært knyttet til kompetansestyringsprosessen, ettersom man også må kartlegge og vurdere behov for kompetanse på nåværende tidspunkt og fremtidig behov. Dette er en forutsetning for opplæring av den enkelte medarbeider, og for å rekruttere nødvendig personell. Styring av kompetanse kan sees som en strukturert prosess, der ulike aktiviteter foregår innenfor hvert steg av prosessen (se figur under).



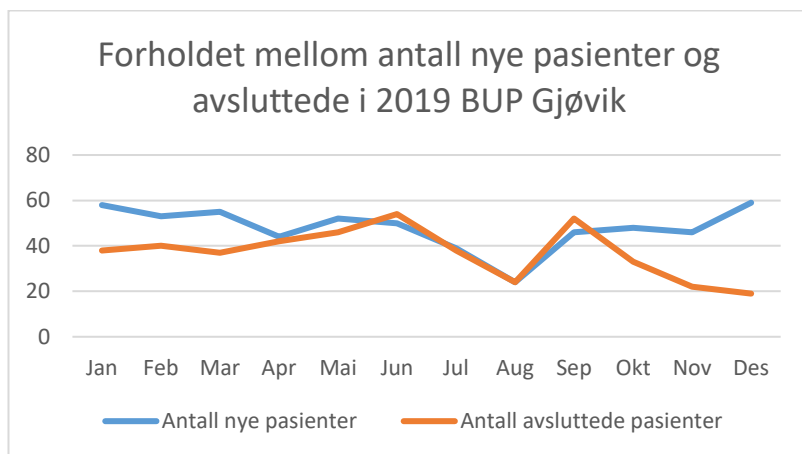
Figur 18 Prosess kompetansestyring

Observasjoner

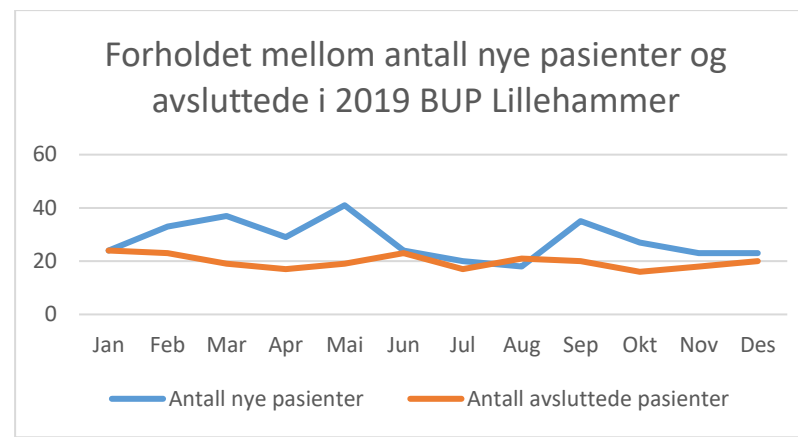
Som det fremkommer av figurene 19– 21, varierer pasientstrømmen til poliklinikkene gjennom året. Det er flest henvisninger tidlig på året og andre del av høsten. I sommermånedene er det færre henvisninger og konsultasjoner, da avvikles pasienter og det opplyses om at man forsøker å komme ajour. Gjennomgangen viser at det for 2019 var flere pasienter som startet et behandlingsforløp enn antall avsluttede pasientforløp. Det vises til at dette følges opp i den månedlige rapporteringen i enhetene.



Figur 19 Forholdet mellom antall nye pasienter og avsluttede i 2019 (Antall pasienter med rett fordelt på vurderingsdato (6813), avsluttede pr mnd (2028))



Figur 20 Forholdet mellom antall nye pasienter og avsluttede i 2019 (Antall pasienter med rett fordelt på vurderingsdato (6813), avsluttede pr mnd (2028))



Figur 21 Forholdet mellom antall nye pasienter og avsluttede i 2019 (Antall pasienter med rett fordelt på vurderingsdato (6813), avsluttede pr mnd (2028))

Figurene viser at antall nyhenviste pasienter med rett til helsehjelp er flere enn avviklede pasienter for året 2019 i alle tre poliklinikkene.

BUP Hedmark opplyser at de på intervjudtidspunktet har en såkalt steady-state situasjon, det vil si at det er like mange pasienter som kommer inn til poliklinikken som det avsluttes.

Det opplyses om at ventetidene for BUP SI har vært høye over lang tid. Det vises i den sammenheng til at det har blitt iverksatt tiltak i form av en dugnad (BUP Hamar) som ga gode resultater, men etter en tid økte ventetidene igjen. Det er også gjennomført en dugnad ved BUP Gjøvik med kveldspoliklinikk som gav gode resultater etter en periode med fristbrudd.

Gjennomgangen viser også at det ikke er utarbeidet maler og verktøy, eller foreligger tilgang på et sett av styringsdata, som grunnlag for støtte til avdelingenes ressurs- og kompetansestyring. Gjennomgangen viser videre at det ikke er utarbeidet dokumenter i avdelingene eller enhetene som beskriver

sammenhengen mellom dagens aktivitetsgrunnlag, bemanningskapasitet og kompetanse i enhetene.

Det opplyses at det finnes enkelte oversikter av forløpstider på divisjonsnivå, men at det er behov for forløpstider brutt ned på den enkelte enhet og behandler.

Ut fra samtaler med poliklinikkene fremstår det som at BUP Hamar har kommet noe lengre med et slikt arbeid enn de reviderte enhetene i BUP Oppland. Det vises til at de fortsatt mangler en masterplan, men at de har oversikt over gjennomsnittlig antall timer hver behandler bruker i et forløp, og at det nå brukes i gjennomsnitt 26 konsultasjonstimer mot 40 timer tidligere. I den sammenheng har de analysert hvor mange timer den enkelte behandler må ha, sett opp mot et snitt antall timer per pasient og problemstilling. Resultatet viser at det er tilstrekkelig kapasitet i poliklinikken med dagens ressurser, gitt at alle pasienter kun forholder seg til en behandler og det ikke anvendes team eller andre ressurser fra enheten. I og med at det både i utredningsfasen og i behandlingsfasen vil være behov for flere behandlere/team inn mot en enkelt pasient, for eksempel ved gjennomføring av tester, inntakssamtaler, evalueringer og i spesielle forløp, opplyser poliklinikken at de på nåværende tidspunkt ikke har tilstrekkelig kapasitet til å ivareta all planlagt aktivitet i tråd med føringene som er satt til utredning og behandling.

Når det gjelder tilgang på ressurser vises det til at det er utfordringer både knyttet til fagpersonell og merkantile ressurser. Når det gjelder fagpersonell vises det til at det er enkelte stillinger som ikke er besatt eller er vakante. Videre opplyses det om at det både er vanskelig å beholde de som har vært i enheten i forbindelse med spesialistutdanning, samt å rekruttere ferdig utdannede spesialister.

Gjennom samtaler opplyses det også at det er stor turnover av fagpersonell i enkelte av poliklinikkene, samt at det er en del permisjoner

knyttet til svangerskap og sykemeldinger relatert til arbeidsmiljøet. I tilknytning til arbeidsmiljøet vises det til at det har vært høy arbeidsbelastning. Det vises til at det arbeides med arbeidsmiljø og sykefravær. En mottatt oversikt over turnover og sykefravær ved de reviderte poliklinikkene ved SI for 2019-2020, viser imidlertid at prosentandelen på disse områdene ikke var høyere enn i tilsvarende enheter i helseforetaket.

Det pågår et arbeid ved BUP Innlandet med å utvikle flere arenafleksible tilbud, samt å flytte tyngdepunktet fra døgn til dagtilbud for å oppnå bedre ressursutnyttelse. Det har i den sammenheng blitt gjennomført en pilot i forhold til å rekruttere fra døgnenhetene. Piloten er ikke videreført. Det pågår videre et arbeid med allokering av ressurser mellom poliklinikkene. Det er også tatt grep ved at enhetene er i forkant med å ansette vikarer.

Det opplyses videre at det er mangel på merkantile ressurser i enkelte av poliklinikkene. Dette er særlig fremtredende i BUP Lillehammer, som har hatt utfordringer med å få tilsatt merkantile ressurser over flere år. Konsekvensen er at behandlere må gjøre et sett med administrative oppgaver som i utgangspunktet skulle blitt ivaretatt av merkantile ressurser eller forløpskoordinator, slik som booking av timer, koding av pakkeforløpene, koordinering av timer og telefonkontakt. Det vises til at mangelen på disse ressursene svekker behandlernes behandlingsskapasitet.

Rollen som forløpskoordinator er etablert ved BUP SI, og det foreligger funksjonsbeskrivelse som er i tråd med overordnede føringer. Gjennomgangen viser at det ikke er satt av egne ressurser til rollen, og at funksjonen er lite brukt med få daglige oppgaver. Kontakt med primærhelsetjenesten, samt koordinering i forhold til evaluering og koding ivaretas i hovedsak av saksansvarlig, teamleder, kontor og enhetsleder.

Det foreligger kompetanseplaner både for BUP Oppland og Hedmark. Det fremkommer at sammensetningen av kompetanse medfører flaskehalser knyttet til pasientforløpene. Dette gjelder for alle BUPene, men særlig i Gjøvik

og Lillehammer. For det første er det utfordringer med å få ansatt tilstrekkelig personell med spesialistkompetanse. Manglende tilgang på spesialister medfører ventetider for vurdering og evaluering av saker. På bakgrunn av denne type utfordringer, viser eksempelvis BUP Lillehammer til at avdelingsleder som er overlege, i perioder gått inn i stillinger for å ivareta behovet for tilstrekkelig spesialistkompetanse.

Det vises videre til en relativ høy grad av nyansatte i BUPene utløser et betydelig behov for veiledning og oppfølging av nyansatte. Dette genererer aktiviteter som «stjeler» tid fra allerede knappe behandlerressurser.

Når det gjelder opplæring av LIS og psykologspesialister, fremkommer det at dette kan være ressurskrevende. Utdannelsen for LIS følger en plan med mange læringsmål og må således prioriteres med ukentlig undervisning. Det oppgis at opplæringen krever 30-40 % av tiden til LISene og om lag 10-20 % av tiden til spesialistene som står for opplæringen.

Mangel på spesialistkompetanse kan også gjøre det vanskelig for teamlederne å fordele nye pasienter med en gitt diagnose. Det fremkommer at resultatet kan bli at pasienten får en behandler som ikke har ideell kompetanse i forhold til hva pasienten trenger. Det vises til at dette fører til at ressursbruken ikke blir optimal.

Når det gjelder opplæring vises det også til at de har et økt opplæringsbehov, ettersom helseforetaket har valgt å følge enkelte nye behandlingsformer, for eksempel Maudsley-modellen, DBT-team og OCD team. Det vises til at de nye behandlingsformene er ressurskrevende.

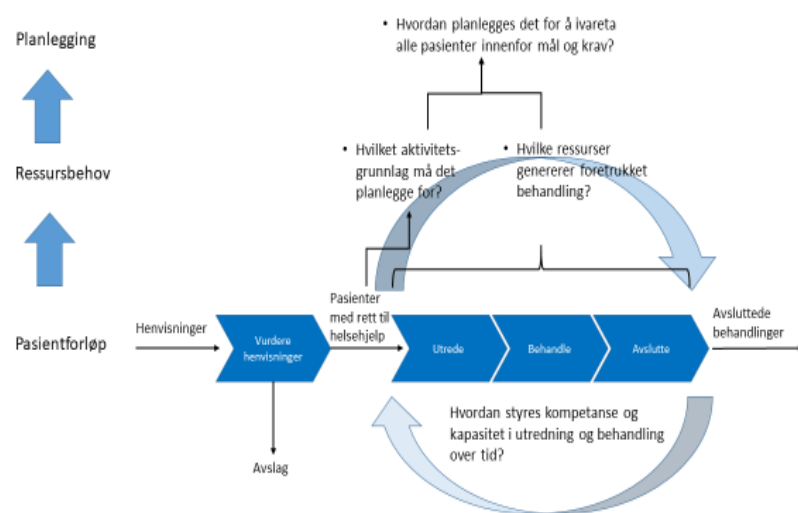
Vurderinger - planleggingen skjer med utgangspunkt i ressursene og mindre grad ut i fra behovet

Gjennomgangen viser at poliklinikkene i dag opplever at de har for lite kapasitet til å ivareta alle pasienter i tråd med føringene som er satt. Det vil si at ventetiden på start behandling blir lang i forhold til målsettingen, samt at pasienter ikke får det behandlingsforløpet som er planlagt.

I tillegg vises det til at rollen som forløpskoordinator ikke anvendes i henhold til intensjonen og at oppgavene i stor grad og på ulik måte ivaretas av behandlere, teamledere og merkantile. Ettersom forløpskoordinatorer var tenkt som pakkeforløpene viktigste "verktøy" for samhandling og koordinering, vurderer vi at dette får ulike konsekvenser for poliklinikkene. For det første vil det gå ut over behandlingskapasiteten, ettersom flere av oppgavene gjøres av behandlerne. For det andre er det risiko for at kvaliteten på dette arbeidet svekkes.

Revisjonen viser at poliklinikkene i varierende grad har analysert forventet aktivitet gjennom året og sett dette opp mot behov eller kapasitet knyttet til bemanning og kompetanse. Slik konsernrevisjonen ser det foregår planleggingen i poliklinikkene med utgangspunkt i ressursene og mindre grad ut i fra behovet. Etter konsernrevisjonens vurdering er behovsanalyser en forutsetning for å kunne sikre at pasientforløpene har rett personale på rett tidspunkt og at pasientene dermed får den helsehjelpen de har krav på.

Ut fra dagens situasjon ved poliklinikkene, er det etter vår vurdering viktig at poliklinikkene i første omgang får en oversikt over om kapasiteten på bemanningen (behandlere, merkantile, forløpskoordinatorer) er hensiktsmessig og tilstrekkelig for å ivareta forventet aktivitet/behov. Figur 22 kan illustrere tilnærmingen for å få en slik oversikt.



Figur 22 Sammenhengen mellom aktivitetsgrunnlag og ressurs- og kompetansebehov

Hvis utfallet er en god balanse mellom aktivitet og kapasitet, men hvor det samtidig er utfordringer med ventelister og at konsultasjoner skyves på (etterslep), er det vår vurdering at det må gjennomføres enkelte kortsiktige tiltak for å øke aktiviteten en viss periode for å ta ned ventetiden og etterslepet som tidligere har bygd seg opp. Hvis utfallet er underkapasitet må det enten rekrutteres ytterligere personell eventuelt viderehenvise rettighetspasienter til andre enheter. Hvis dette ikke gjøres vil eventuelle tidligere utfordringer ytterligere eskaleres.

Hvis analysen viser overkapasitet, vil tiltaket i første omgang være å bli mer effektive og ta ned ventetider og restanser, og deretter vurdere å

allokere ressurser til andre enheter eventuelt behandle pasienter fra enheter som har underkapasitet.

For å sikre hensiktsmessig drift i poliklinikkene, herunder gode pasientforløp, er det vår vurdering at divisjonen bør utarbeide felles verktøy for ressurs- og kompetansestyring. Dette vil være til hjelp for den enkelte leder, samt at arbeidet vil kunne bli både mer hensiktsmessig og effektivt ved at det kan koordineres på tvers av faggrupper og avdelinger /enheter. Et slikt tverrgående samarbeid vil også kunne skape et økonomisk og tidsmessig handlingsrom.

I arbeidet med ressurs- og kompetansestyring må også de merkantile ressursene, samt forløpskoordinator rolle innbefattes, slik at det blir en tydelig oppgavefordeling opp mot behandlerne. Etter konsernrevisjonens vurdering vil dette kunne bidra til både å frigjøre ressurser til behandling, samt bedre styring og kontroll på de mer administrative oppgavene. En god oppgavefordeling vil også legge til rette for en mer hensiktsmessig oppfølging av den enkelte medarbeiders arbeid. Dette vil være gjeldende både for aktivitet (effektivitet/produktivitet) og kvalitet i behandling. Når det gjelder oppfølging på kvalitet, vil implementering av nytt verktøy for bruk av tester og scoring, samt feedbackskjema være til god hjelp for både ledelsen og den enkelte behandler.

6.2 Plan og oppfølging i poliklinikkene

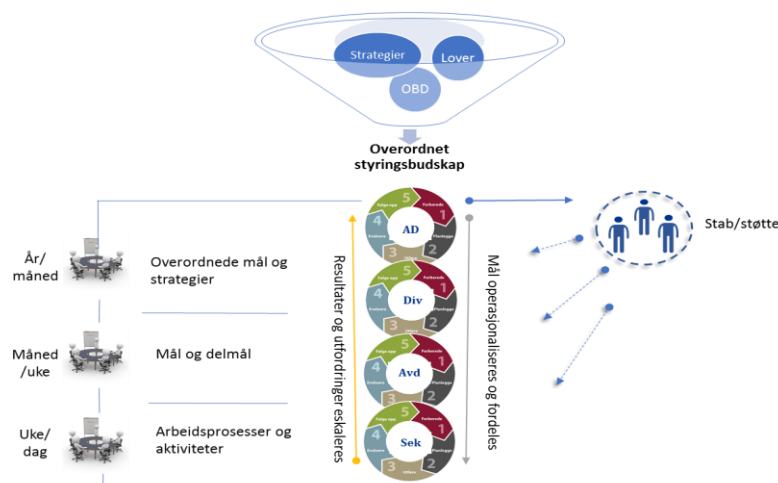
For å koble pasientforløpene tett sammen med ressurs- og kompetansestyringen, er dette igjen avhengig av at plan og oppfølgingsprosessene fungerer i og mellom alle nivåer i helseforetaket. I den sammenheng vil vi også beskrive status på enkelte sentrale forhold for disse prosessene.

Revisjonsgrunnlag

For å oppnå gode plan og oppfølgingsprosesser, må det være etablert et hensiktsmessig styringssystem i virksomheten. I denne sammenheng har vi

belyst enkelte forhold ved styringssystemet som vi mener er av avgjørende betydning (se figur 23). Dette gjelder følgende forhold:

- Om det er tydelige krav til ledere
- Om det er satt mål for det enkelte nivå
- Om målene er operasjonalisert og kommunisert
- Om det er utarbeidet virksomhetsplaner og et system for kontinuerlig forbedring på det enkelte nivå
- Om det er tilgang til styringsdata og bruk
- Om det er etablert et system for rapportering og oppfølging mellom det enkelte nivå



Figur 23 Plan og oppfølgingsprosesser – grunnlag for god pasientbehandling

Observasjoner

Konsernrevisjonen gjennomførte en revisjon i Sykehuset Innlandet i 2019 hvor vi så på uønsket variasjon i pasientbehandlingen. I denne revisjonen var en av vurderingene at det er utarbeidet et system på foretaksnivå som legger til rette for hensiktsmessige plan- og oppfølgingsprosesser i helseforetaket, men at det gjenstod en del arbeid med å ta dette i bruk på en tiltenkt måte på avdelingsnivå. Slik konsernrevisjonen vurderer det gjelder dette også for enhetene som er revidert i denne revisjonen.

I denne revisjonen viser gjennomgangen at det i lederlinjen er etablert lederavtaler på standard SI mal for divisjonssjef, avdelingssjef og seksjonsledere. For avdelingssjefene og seksjonslederne er det satt individuelle mål for eksempel knyttet til ventetider, og krav om å bistå i prosjekter. Når det gjelder styring av pasientforløpene har teamlederne fått delegert sentrale oppgaver gjennom en funksjonsbeskrivelse. Målbildet fremstår tydelig og kjent på de ulike nivåene.

Det er utarbeidet virksomhetsplan for divisjon psykisk helsevern. Planen inneholder blant annet målområder for området psykisk helsevern barn og unge, for eksempel knyttet til tema som pasientbehandling, brukermedvirkning, personell, utdanning og kompetanse, organisasjon og ledelse samt arbeidsmiljø. Innenfor disse er det flere aktuelle målområder som kan knyttes til observasjoner som er beskrevet i denne rapporten, eksempelvis forhold knyttet til å optimalisere pasientforløp/ressursutnyttelse, samt rekruttering og utdanning.

For hvert målområde er det beskrevet et mål og hvordan dette skal følges opp. Det fremkommer at de fleste målområdene skal følges opp i lederlinjen. Enkelte av målene er organisert som prosjekter og skal følges opp gjennom styringsgrupper. Vi har ikke mottatt annen underlagsdokumentasjon som beskriver hvordan ansvaret er plassert (divisjonen, avdeling, seksjon), tiltak, frister, status etc.

Når det gjelder status på divisjonens mål vises det til at kontorleder månedlig tar ut styringsinformasjon og nøkkeltall, og rapporterer dette til enhetene. En rapportering omhandler økonomisk resultat, månedsverk, poliklinisk aktivitet, fristbrudd, epikrisetid, ikke møtt, andel avslag, nyhenviste versus avviklede. Videre rapporteres det på indikatorer for trygg og sikker pasientadministrasjon hvor eksempelvis usignerte dokumenter, ventende uten ny kontakt, andel pasienter med direkte time. I divisjonens ledermøte som holdes hver 14. dag, gjennomgås status på rapporteringen. I dette arbeidet benyttes en forbedringstavle, hvor blant annet ventetider og fristbrudd på enhetsnivå også er tema.

Av rapporteringen fremgår det, utover manglende måloppnåelse knyttet til ventetider, også utfordringer knyttet til at pasienter er uten ny kontakt, et uforholdsmessig høyt antall usignerte dokumenter i begge avdelingene, men mest fremtredende i BUP Oppland. Det opplyses om at papirarbeid blir liggende når pågangen av pasienter er stor og må prioriteres. Årsakene til dette kan være flere, men det pekes også her på at manglende merkantil kapasitet er en viktig årsak.

Videre rapporterer divisjonen status på mål og krav gjennom Ledelsens gjennomgang. Det vises til at arbeidet med LGG er kjent på avdelingsnivå. Her fremkommer hvilke mål divisjonen har størst risiko for å ikke nå, årsak til risikoen, samt tiltak hvor frist og ansvar skal være satt. Det fremkommer eksempelvis status på mål hvor blant annet implementering av pakkeforløp og reduksjon av ventetid inngår. Det vises også til at avdelingene har utarbeidet flere planer med henblikk på å øke ressursutnyttelse og kapasitet. Vi har imidlertid ikke mottatt ytterligere dokumentasjon som viser hva LGG rapporteringen bygger på og hvordan dette følges opp på det enkelte nivå.

Det rapporteres i mindre grad på selve utrednings- og pasientbehandlingen på divisjonsnivå, eksempel antall konsultasjoner per diagnosegruppe, hyppighet på konsultasjoner og varighet. Når det gjelder

oppfølging av behandleres pasientportefølje ved den enkelte poliklinikk, fremkommer det at behandleres autonomi vektlegges og at det er et system som er basert på tillit. Det opplyses at det er mulig å få oversikt over behandleres pasientlister, men det er noe ulikt i hvilken grad dette følges opp av leder i poliklinikkene.

Det opplyses om at det er teamlederne som har et ansvar å følge opp eget team i forhold til pasientlister, behandlingsaktivitet, pasientflyt og journalarbeid. Det vises til at dette kan være krevende når det er mange nyutdannede eller nytilsatte. Det fremkommer at 20-30 % av stillingen er øremerket teamlederrollen, det resterende skal anvendes til behandling av egne pasienter. Det opplyses om at stillingsandelen som er satt til rollen som teamleder sjelden brukes etter intensjonen, ettersom teamlederne har for mange egne pasienter i utredning/behandling. Gjennomgangen viser også at det i varierende grad er fast involvering og oppfølging av behandlere i teamet fra teamleder sin side.

Gjennomgangen viser at det i varierende grad er fast involvering og oppfølging av behandlere i teamet fra teamleder sin side. Ved BUP Hamar har enkelte team jevnlig gjennomganger av behandleres pasientportefølje. Det har også blitt gjennomført revisjoner av utvalgte behandlingsplaner to ganger årlig.

Ved BUP Oppland er det ajourføringslister som gjennomgås med behandlerne fire ganger årlig, men det fremkommer i intervju at dette ikke alltid gjøres. Det oppgis at teamleder ikke har kapasitet til denne type oppfølging, og at det er en del «å gå på» i forhold til styring og oppfølging i teamene.

Vurderinger – sentrale svakheter i plan- og oppfølgingsprosessene

Konsernrevisjonen vurderer at divisjonen har et system knyttet til arbeidet med virksomhetsstyring, herunder plan- og oppfølgingsprosessen.

Gjennomgangen viser blant annet at målbildet i divisjon synes kommunisert og kjent på ulike nivå, og at det er utarbeidet en virksomhetsplan på divisjonsnivå.

Gjennomgangen viser eksempelvis at det er iverksatt flere tiltak for å imøtekomme målet knyttet til blant annet ventetider.

Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at det er sentrale svakheter ved formaliseringen og systematikken i dette arbeidet. Ut i fra mottatt dokumentasjon er det for oss uklart for hvordan sammenhengen mellom mål, risiko og tiltak er bygd opp- og hvordan dette løpende måles og følges opp. Dette gir risiko for at lederne ikke iverksetter hensiktsmessige og tilstrekkelige tiltak for å nå sentrale mål og krav for divisjonen og for den enkelte enhet.

Gjennom revisjonen fremkommer det flere eksempler på at det er sentrale utfordringer i pasientforløpet som gir risiko for kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennomgangen viser videre at dette har flere årsakssammenhenger, blant annet sentrale forhold ved ressurs- og kompetansestyringen. Flere av disse utfordringene og årsakssammenhengene fremkommer imidlertid ikke tydelig av den dokumentasjonen vi har mottatt fra divisjonens og avdelingenes plan- og oppfølgingsprosess. Det er konsernrevisjonens vurdering at disse sammenhengene må belyses og dokumenteres mer strukturert og helhetlig, slik at man kan prioritere både kortsiktige og langsiktige tiltak ut i fra risiko og vesentlighet. Etter konsernrevisjonens vurdering vil en slik tilnærming, hvor det også er en tett oppfølging, sette divisjonen og avdelingene i stand til å kunne kontinuerlig forbedre sin prosesser.

Konsernrevisjonen vurderer at disse utfordringene/manglene må ses i lys av helseforetakets pågående arbeid med å forbedre dagens styringssystem.

Vedlegg 1

Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon	
Oppdrag og bestilling for 2019 for Sykehuset Innlandet HF	Funksjonsbeskrivelse - Forløpskoordinator pakkeforløp psykisk helse og TSB
Mandat for arbeidet med Utvikling av BUP fram mot framtidig målbilde for Sykehuset Innlandet HF	BUP Hedmark kompetanseplan 2020 – 2021, Kompetanseplan 2019,2020 BUP Oppland
Årlig melding 2019 innspill fra Divisjon Psykisk helsevern SIHF	Månedlig tavle BUP Hedmark
Psykiske lidelser – barn og unge, pakkeforløp, Helsedirektoratet	Funksjonsbeskrivelse, Teamleder BUP Lillehammer
Psykisk helsevern for barn og unge-prioritering. Prioriteringsveileder	Mandat teamledere BUP Hedmark
LGG 2019 divisjon Psykisk helsevern	Mandat og prosjektplan Rekruttering, kompetanse og utviklingsarbeid Prosjekt psykisk helsevern for barn og unge i HSØ
Trygg og sikker pasientadministrasjon Psykisk helsevern desember – 2019 og januar 2020	Oppfølgingstavle 2019 BUP Hedmark
LGG 2019 divisjon Psykisk helsevern	Handlingsplan for bedre ressursutnyttelse
LGG BUP Hedmark august 2019	DIPS rapporter
LEDELSENS GJENNOMGÅELSE, LGG 2019 Psykisk, BUP Oppland	Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året. SINTEF Rapport 2019 (020:00064)
Årshjul BUP Hedmark 2019-2020	Fraseoversikt, oversikt over alle fraser fra inntak til epikrise
Månedso og tertialrapporter 2019 og 2020	ForBedring 2019, BUP Gjøvik, BUP Lillehammer, BUP Hamar
Virksomhetsplan SIHF, Divisjon Psykisk helsevern 2020	Pasientadministrative rutiner og prosedyrer

Vedlegg 2

Gjennomførte samtaler

Dato	Navn og stilling/funksjon
23.01.20	Benedicte Thorsen-Dahl divisjonsdirektør og Anton Åhrén, assisterende divisjonsdirektør
03.03.20	Ole Christer Finset Lund og Karoline Brudvik Sanderud, enhetsleder og assisterende enhetsleder, BUP poliklinikk Hamar
03.03.20	Ebba Dahlman, teamleder Nevroteam, BUP poliklinikk Hamar
10.03.20	Anne Bergstrøm, teamleder Team A, BUP poliklinikk Hamar
03.03.20	Kim H. Byenstuen, teamleder Team C, BUP poliklinikk Hamar
03.03.20	Bente Andersen, kontorleder, BUP poliklinikk Hamar
05.03.20	Gjertrud Myhrhaug, behandler, psykologspesialist, BUP poliklinikk Hamar
03.03.20	Gry Markussen, behandler, klinisk sosionom, BUP poliklinikk Hamar
05.03.20	Ingvild Svenkerud Aasen, avdelingssjef, BUP Hedmark
03.03.20	Karoline Brudvik Sanderud, forløpskoordinator, BUP Hedmark
29.04.20	Ane Bekkestad Fjose, Ida Enemo, enhetsleder og assisterende enhetsleder BUP poliklinikk Gjøvik
29.04.20	Ingeborg Bråten, kontorleder BUP poliklinikk Gjøvik og Lillehammer,
29.04.20	Ane Bekkestad Fjose, forløpskoordinator BUP Oppland
30.04.20	Laila Hagen , teamleder, Nevroteam, BUP poliklinikk Gjøvik
30.04.20	Marianne Strand, behandler/psykologspesialist, BUP poliklinikk Gjøvik

Dato	Navn og stilling/funksjon
30.04.20	Beate Vollstad, behandler klinisk sosionom, BUP poliklinikk Gjøvik
14.05.20	Guri Strøyer Andersen, teamleder spiseteam, overlege, BUP poliklinikk Gjøvik
11.05.20	Björg Antonsen avdelingssjef BUP Oppland
11.05.20	Cathrin Ringdahl, assisterende enhetsleder, BUP poliklinikk Lillehammer
11.05.20	Petter Vaglum, behandler, spesialist/overlege, BUP poliklinikk Lillehammer
11.05.20	Lillan Halsaa, behandler, sosionom, BUP poliklinikk Lillehammer
12.05.20	Audhild Husteli, behandler, psykologspesialist, BUP poliklinikk Lillehammer t
12.05.20	Trude Fredriksen, teamleder spiseteam, psykologspesialist, BUP poliklinikk Lillehammer

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Vår visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

Om revisjonsprosjektet

Revisjonsperiode: februar – mai 2020

Virksomhet: Sykehuset Innlandet HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Tove Farstad (oppdragsleder)
- Hans Petter Eide (internrevisor)

Rapporten er oversendt til:

- Styrets revisjonsutvalg
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
- Styret i Sykehuset Innlandet HF
- Administrerende direktør i Sykehuset Innlandet HF

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>