

Møtedato: 29. september 2021

Deres ref:

Vår ref:

Saksbehandler

Janny Helene Aasen/

Dato:

18.9.2021

## **Styresak 111-2021 Internrevisjonsrapport nr. 05/2021: Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord, oppsummering**

### **Formål**

Internrevisjonen i Helse Nord RHF har gjennomført en revisjon hvor formålet har vært å bekrefte at helseforetakene har styring og kontroll med ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne (PHV).

Revisjonen har omfattet helseforetakenes arbeid med sikte på å redusere unødvendig ventetid til helsehjelp og unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen PHV, og den har hatt hovedvekt på poliklinisk virksomhet. I denne styresaken legges den oppsummerende rapporten fra revisjonen fram for styret i Helse Nord RHF.

### *Sammenheng med grunnleggende verdier*

God *kvalitet* i helseforetakenes internkontrollprosesser og i registrerte data knyttet til henvisningsflyt og pasientforløp, er avgjørende for styringen med ventetidsutviklingen og kapasitetsutnyttelsen innen fagområdet. Tilfredsstillende styring er en forutsetning for *trygghet* om at befolkningen tilbys likeverdige helsetjenester, uten uberettiget variasjon. Revisjonsrapporten bidrar til økt innsikt i utfordringsbildet, og den gir et godt grunnlag for *lagspill* i regionens forbedringsarbeid.

### **Beslutningsgrunnlag**

#### *Internrevisjonens konklusjon*

Internrevisjonen konstaterer at gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne har vært høyere enn måltallet på 40 dager første halvår 2021, både i Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset. Videre konstaterer vi at ventetiden for ventende pasienter er økende i disse helseforetakene. I Helgelandssykehuset har ventetidene både for avviklede og ventende pasienter vært kortere enn 40 dager våren 2021. I alle helseforetakene er det avdekket stor variasjon i kapasitetsutnyttelse og i faglig praksis.

Vår konklusjon er at tre av helseforetakene ikke har etablert en tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen, og at ingen av helseforetakene har en tilfredsstillende styring med kapasitetsutnyttelsen. De vesentligste svakhetene er at risikovurderinger ikke er gjennomført eller er mangelfulle, at tiltaksplaner er fragmenterte og ufullstendige, og at lederoppfølgingen er noe mangelfull.

Internrevisjonen anbefaler at det iverksettes en rekke forbedringstiltak i alle helseforetakene.

#### Internrevisjonens anbefalinger

Internrevisjonen har, i rapportene til de enkelte helseforetakene, gitt hvert helseforetak fire til sju anbefalinger som omhandler vesentlige forhold innen styring og kontroll, blant annet risikovurderinger, bruk av vurderingssamtaler, tiltaksplaner, intern rapportering, ledelsesoppfølging, bruk av styringsindikatorer og analyser i forbedringsarbeidet, samt informasjon til styret.

I tillegg anbefaler internrevisjonen i denne oppsummeringsrapporten Helse Nord RHF å:

1. Sørge for at helseforetakenes registreringspraksis i forbindelse med vurderingssamtaler innen psykisk helsevern for voksne, samsvarer med nasjonale føringer.
2. Styrke oppfølgingen av helseforetakenes risikostyringsprosesser.

#### **Behandling i styrets revisjonsutvalg**

Revisjonsutvalget er holdt løpende orientert om gjennomføringen av revisjonen, sist i møte 24. august 2021 (sak 16/21), hvor utvalget vedtok:

1. *Revisjonsutvalget er tilfreds med orienteringen, og at det legges opp til tematime for styret.*
2. *Revisjonsutvalget anbefaler at det i styresaken legges opp til forslag til vedtak som inkluderer at styret får tilbakemelding om oppfølgingen av internrevisjonens anbefalinger i februar 2022.*

#### **Adm. direktørs vurdering**

Adm. direktør viser til internrevisjonens konklusjon og anbefalinger, og til revisjonsutvalgets behandling av rapporten. Revisjonsrapporten viser at det er behov for forbedringer i alle helseforetakene. Det er derfor viktig at hvert helseforetak utarbeider handlingsplan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger, jf. krav i *Tilleggsliste til Oppdragsdokument 2021*, pkt. 34.

Adm. direktør vil sørge for at anbefalingene til Helse Nord RHF følges opp.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar *Internrevisjonsrapport nr. 05/2021, Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord, oppsummering*, til orientering.
2. Styret ber adm. direktør følge opp internrevisjonens anbefalinger til Helse Nord RHF, og forutsetter at de underliggende helseforetakene følger opp anbefalingene de har fått fra internrevisjonen.
3. Styret ber om tilbakemelding innen utgangen av februar 2022 om status i foretakenes oppfølgingsarbeid.

Bodø, den 18. september 2021

Cecilie Daae  
adm. direktør

Vedlegg: Internrevisjonsrapport 05/2021: Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord, oppsummering

## **Internrevisjonsrapport 05/2021**

# **Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord, oppsummering**

**Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 25.08.2021**

## 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.....	6
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.....	15
4.2 Tiltaksplaner og gjennomføring av tiltak.....	17
4.2.1 Observasjoner.....	17
4.2.2 Internrevisjonens vurderinger av tiltaksplaner og tiltaksgjennomføring...	22
4.3 Rapportering og oppfølging.....	23
4.3.1 Observasjoner.....	23
4.3.2 Internrevisjonens vurderinger av rapportering og oppfølging.....	25
5 Konklusjon og anbefalinger.....	26
5.1 Konklusjon.....	26
5.2 Anbefalinger.....	27

### Vedlegg:

1. Utvalgte måleresultater, psykisk helsevern for voksne
2. Resultater fra journalgjennomganger
3. Resultater fra utvalgte analyser

## Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset i perioden september 2020 – juli 2021.

### Formål og omfang av revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at helseforetakene 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 har vært høyere enn måltallet på 40 dager første halvår 2021, både i Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset. Videre konstaterer vi at ventetiden for ventende pasienter er økende i disse foretakene. I Helgelandssykehuset har ventetidene både for avviklede og ventende pasienter vært kortere enn 40 dager våren 2021. I alle foretakene er det avdekket stor variasjon i kapasitetsutnyttelse og i faglig praksis.

Vår konklusjon er at tre av helseforetakene ikke har etablert en tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen, og at ingen av foretakene har en tilfredsstillende styring med kapasitetsutnyttelsen. De vesentligste svakhetene er at risikovurderinger ikke er gjennomført eller er mangelfulle, at tiltaksplaner er fragmenterte og ufullstendige, og at lederoppfølgingen er noe mangelfull. Internrevisjonen anbefaler at det iverksettes en rekke forbedringstiltak i alle foretakene.

### Anbefalinger

Internrevisjonen har, i rapportene til de enkelte foretakene, gitt hvert foretak fire til sju anbefalinger som omhandler blant annet risikovurderinger, bruk av vurderingssamtaler, tiltaksplaner, intern rapportering, ledelsesoppfølging, bruk av styringsindikatorer og analyser i forbedringsarbeidet, samt informasjon til styret.

Internrevisjonen anbefaler i tillegg Helse Nord RHF å:

1. Sørge for at helseforetakenes registreringspraksis i forbindelse med vurderingssamtaler innen psykisk helsevern for voksne, samsvarer med nasjonale føringer.
2. Styrke oppfølgingen av helseforetakenes risikostyringsprosesser.

# 1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i regionens sykehusforetak i perioden september 2020 – juli 2021. Internrevisor Hege Knoph Antonsen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Janny Helene Aasen har hatt det overordnede ansvaret.

Denne rapporten oppsummerer revisjonene i helseforetakene, rapportert som følger:

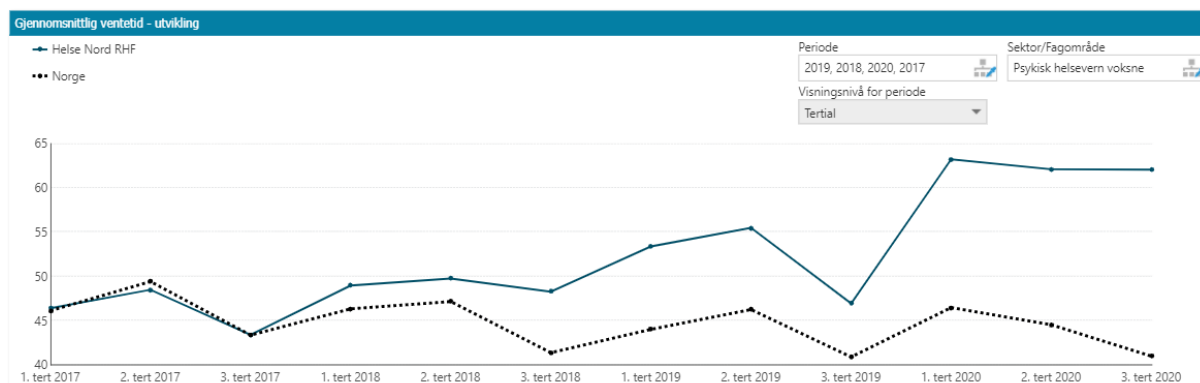
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), IR-rapport 01/2021, 12.02.2021
- Nordlandssykehuset HF (NLSH), IR-rapport 02/2021, 03.05.2021
- Helgelandssykehuset HF (HSYK), IR-rapport 03/2021, 23.06.2021
- Finnmarkssykehuset HF (FIN), IR-rapport 04/2021, 02.08.2021

Revisjonen i UNN ble gjennomført som en pilot. På bakgrunn av erfaringer ble det foretatt enkelte justeringer i revisjonsmetodikken for de øvrige foretakene.

## 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 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 sykkelighet 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 helseforetakene har styring og kontroll med ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne (PHV).

### 2.2 Omfang og avgrensninger

Revisjonen har omfattet foretakenes 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, og følgende polikliniske enheter i foretakene har vært spesifikt utvalgt:

<i>Foretak</i>	<i>Enhet</i>	<i>Kortnavn enhet</i>
UNN	Voksenpsykiatrisk poliklinikk Tromsø	VPP Tromsø
	Voksenpsykiatrisk poliklinikk Harstad	VPP Harstad
Nordlandssykehuset	Allmennteam Salten	VOP Salten
	Voksenpsykiatrisk poliklinikk Vesterålen	VOP Vesterålen
Helgelandssykehuset	Voksenpsykiatrisk poliklinikk Mo i Rana	VOP Mo i Rana
	Voksenpsykiatrisk poliklinikk Mosjøen	VOP Mosjøen
Finnmarkssykehuset	Voksenpsykiatrisk poliklinikk Alta	VPP Alta
	Voksenpsykiatrisk poliklinikk Karasjok	VPP Karasjok

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 ventelisterregistrering
- 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 målet om økt bruk av video- og telefonkonsultasjoner.
  - 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 foretakene, eller innhentet fra deres websider, er gjennomgått og vurdert opp mot revisjonskriteriene, samt benyttet i forberedelser til intervjuene. Dokumentoversikter følger de foretaksvisе rapportene som vedlegg.

#### 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 1 – Utvalgte måleresultater, psykisk helsevern for voksne*. Mer omfattende oversikter følger de foretaksvisе rapportene som vedlegg.

#### Intervjuer:

Det er gjennomført intervjuer med behandlere og kontorpersoneil ved utvalgte polikliniske enheter, samt med ledere på ulike ledelsesnivåer og med personeil i relevante stabsfunksjoner. Til sammen har 18-25 personer i hvert foretak blitt intervjuet.

#### 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 2 – Resultater fra journalgjennomganger*.

#### Analyser for å belyse risiko eller for å undersøke tiltaksgjennomføring:

Det er gjennomført en rekke analyser basert på data fra DIPS-rapporter, blant annet:

1. Antall pasienter pr. ansatt behandler
2. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner pr. dag pr. behandler
3. Antall konsultasjoner og varighet av behandlingsforløp for utvalgte diagnosegrupper

Se *Vedlegg 3 – Resultater fra utvalgte analyser*. Fullstendige oversikter over utførte analyser følger de foretaksvisе rapportene som vedlegg.

### Spørreundersøkelse:

Lederne for de voksenpsykiatriske poliklinikkene i foretakene<sup>1</sup> 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.

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 lederlinjen. Enkelte andre mål relatert til ventetid og kapasitetsutnyttelse fra *Oppdragsdokument 2021*<sup>2</sup> er mindre kjent for flere av lederne, eksempelvis:

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

Resultater på nasjonale indikatorer for ventetid og kapasitetsutnyttelse publiseres på HelseDirektoratet.no, jf. *Vedlegg 1*. Her inngår indikatoren «gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede», som illustrert i Figur 2 nedenfor. Denne viser at:

- UNN og Nordlandssykehuset har hatt ventetid innen PHV betydelig over landsgjennomsnittet i perioden jan 2020 - mai 2021.
- Finnmarkssykehuset har også hatt ventetid innen PHV over landsgjennomsnittet i samme periode.
- Helgelandssykehuset har hatt ventetid innen PHV under landsgjennomsnittet de fleste måneder siden januar 2019. Ventetiden var lavere enn 40 dager både i mars, april og mai 2021.

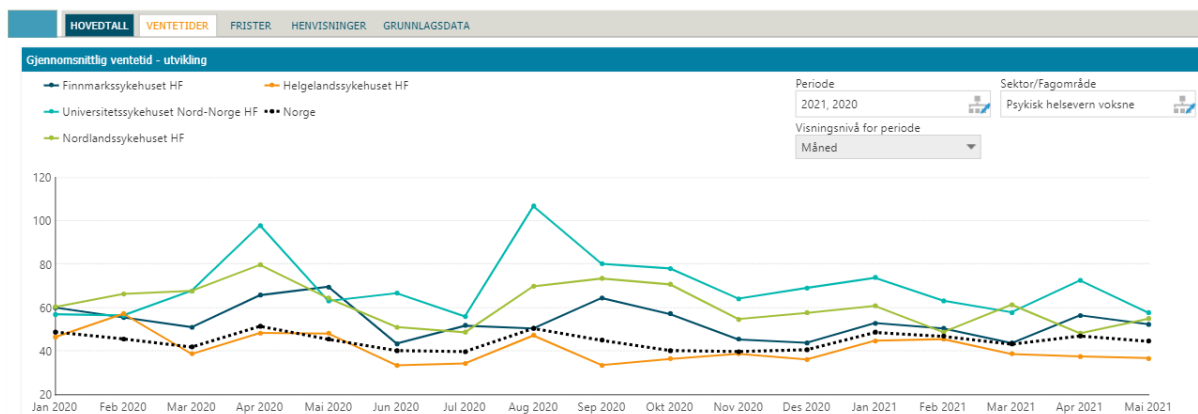
Indikatorene kan også vises på «institusjonsnivå», noe som viser stor intern variasjon i alle foretakene unntatt Helgelandssykehuset.

---

<sup>1</sup> I UNN og Finnmarkssykehuset ble spørreundersøkelsen bare sendt til enhetslederne som ikke ble intervjuet.

<sup>2</sup> Oppdragsdokument 2021 fra Helse Nord RHF til helseforetakene i regionen

**Figur 2.** Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede, utvikling per foretak i Helse Nord



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

I tillegg kan det finnes relevante resultater via foretakenes virksomhetsportal i Helse Nord LIS. Her er det ofte mulig å framstille resultatene mer detaljert, blant annet på organisatorisk enhet. Det er imidlertid ulikt mellom foretakene i hvilken grad portalene er tilrettelagt for avdelingenes behov innen dette temaet, og hos flere av foretakene forutsettes det mange «klikk» og god kjennskap til oppbygging og innhold i portalen. Det er også en utfordring at organisatoriske enheter i Helse Nord LIS og Helsedirektoratet.no ikke alltid samsvarer med hverandre, og heller ikke med navnene i foretakenes organisasjonskart. I Helgelandssykehuset er virksomhetsportalen tilrettelagt innen dette temaet, lederne har fått konkret opplæring i bruk av portalen, og de fleste har opplyst at de benytter denne aktivt. I de øvrige foretakene har enhetslederne opplyst at de i all hovedsak forholder seg til resultater som blir sendt dem direkte og presentert i møter, eventuelt resultater de selv kan se direkte i DIPS. De søker i liten grad opp resultater i Helse Nord LIS eller på Helsedirektoratets nettsider.

#### **4.1.1.2 Risikostyring og oppfatninger om risiko**

Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har gjennomført risikovurderinger for 2020 og 2021, blant annet av mål for ventetid, overholdelse av planlagt tid, andel digitale konsultasjoner og prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling. Som grunnlag for Helgelandssykehusets risikovurdering i 2021, gjennomførte Psykisk helse- og rusenheten en egen risikovurdering hvor åtte kritiske suksessfaktorer (KSF-er) ble vurdert. KSF-en «Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for PHV» ble vurdert til «Middels» (gult) risikonivå, både før og etter nye tiltak. Finnmarkssykehusets risikovurderinger er gjennomført på overordnet nivå i foretaket, uten involvering fra avdelings- og enhetsledere. Også her ble risikoen for manglende oppnåelse av ventetidsmålet innen PHV, i januar 2021 vurdert til «middels» (gul), både før og etter tiltak. Avdelingslederne og enhetslederne i Finnmarkssykehuset har i revisjonen opplyst at de anser det som lite sannsynlig at ventetidsmålet for 2021 vil oppnås.

Verken UNN eller Nordlandssykehuset har gjennomført dokumenterte risikostyringsprosesser for 2020, og på tidspunktene for revisjonens oppsummeringsmøter var det heller ikke besluttet hvordan risikostyringsprosessen for 2021 skulle gjennomføres. De vi intervjuet i Nordlandssykehuset, var imidlertid nokså samstemte om at gjennomsnittlig ventetid under 40 dager i 2021, ikke er realistisk. Vurderingene om hva som kreves for å nå dette målet, var imidlertid mer varierende. I UNN ga klinikkens ledergruppe uttrykk for ganske stor sannsynlighet for gjennomsnittlig ventetid under 40 dager i 2021 og en situasjon uten fristbrudd i klinikken. Usikkerhetsmomentene som ble trukket fram, var økonomi, bemanning og covid-19-pandemien. Øvrige ledere og behandlere i UNN hadde mer varierende oppfatninger om sannsynligheten for måloppnåelse.

#### **4.1.1.3 Internrevisjonens undersøkelser for å belyse risiko**

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

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

##### *4.1.1.3.1 Risiko for ulik vurderingspraksis*

Helsedirektoratets *Prioriteringsveileder for psykisk helsevern for voksne* skal være en beslutningsstøtte ved vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Denne gir råd om tildeling av rettighetsstatus og om maksimumsfrist for start av helsehjelp for de pasientene som tildeles «rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten». Anbefalingene gjelder på gruppenivå, og veilederen beskriver at «det skal også vurderes om det er andre forhold ved pasienten som skulle tilsa 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. De fleste enheter har eget inntaksteam med to-fire medlemmer. Enhetene i Lofoten og Vesterålen DPS har et felles inntaksteam med inntil sju deltakere, men i Finnmarkssykehuset utføres mange av rettighetsvurderingene av en enkelt psykologspesialist. Vi har videre fått opplyst at den nasjonale prioriteringsveilederen legges til grunn for vurderingen, men at det i liten grad blir journalført hvilke individuelle hensyn som vektlegges ved fristfastsettelse. Pasientene som innvilges rett til helsehjelp, blir fordelt til aktuell behandler, enten i forbindelse med inntaksmøtet, i et påfølgende fordelingsmøte eller på et senere tidspunkt.

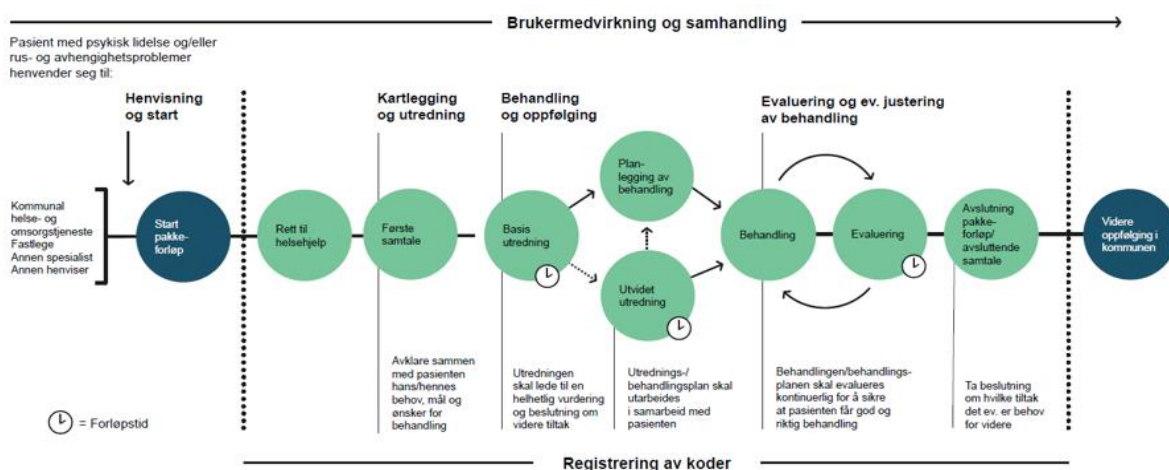
UNN har ikke prosesskart eller prosedyrer som beskriver henvisningsflyten fra mottak av henvisning til oppstart av helsehjelp for poliklinisk virksomhet innen psykisk

helsevern for voksne. Det er svakheter ved disse prosedyrene også i de øvrige foretakene, og ingen beskriver hvordan man håndterer henvisninger som inneholder for lite informasjon til en reell rettighetsvurdering.

Både i UNN, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har internrevisjonen fått opplyst at enkelte pasienter innkalles til en innledende vurderingssamtale for å avklare behovet for helsehjelp nærmere, uten at slike vurderingssamtaler er omtalt i foretakenes prosedyrer. For Finnmarkssykehuset gjelder dette VPP Alta, hvor slike samtaler gjennomføres for ca. 35 % av pasientene. Det registreres ventetid slutt dato ved vurderingssamtalen, og pasienten settes deretter på intern venteliste i påvente av kapasitet til videre utredning og behandling. Pasientene kan bli stående på den interne ventelisten over flere uker, i påvente av neste konsultasjon. Det ble trukket fram at denne praksisen gir utfordringer med pakkeforløpene tidsfrist for utredning og klinisk beslutning.

Figur 3 viser hvordan pakkeforløpene innen psykisk helse og rus skal gjennomføres og hvilke målepunkter som er definert i tilknytning til disse.

**Figur 3.** Flytskjema for pakkeforløp innen psykisk helse og rus

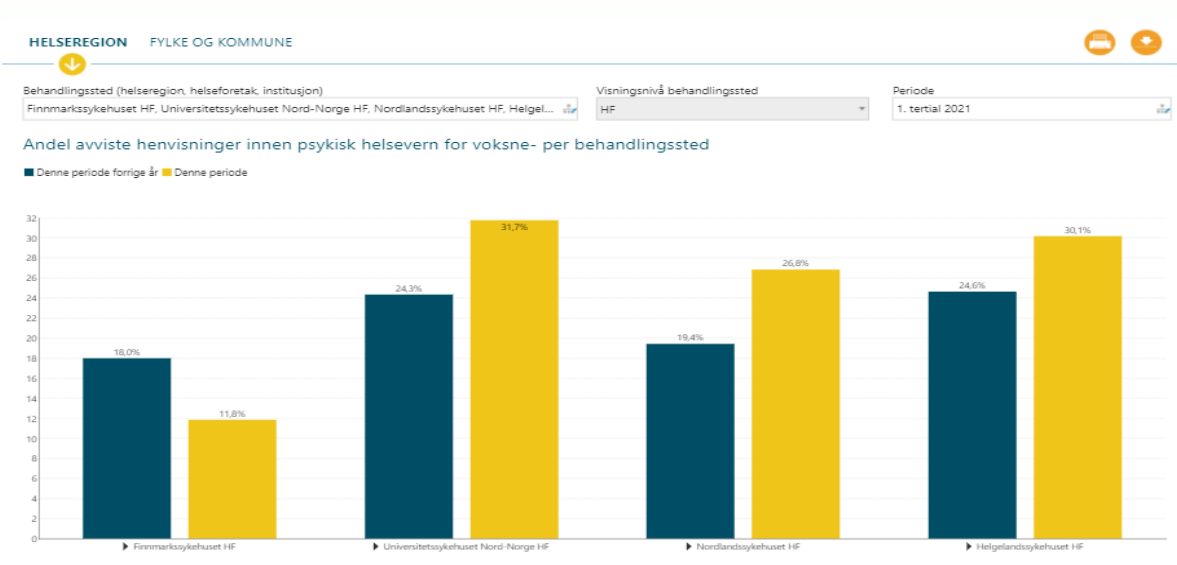


Kilde: [Helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne](https://helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne)

Første målepunkt er «forløpstid for utredning», definert som tiden «fra første fram møte til klinisk beslutning etter avsluttet basis utredning», og denne tiden skal ikke overstige 6 uker. Basert på mottatte opplysninger framstår det som uklart om vurderingssamtalen blir kodet som første fram møte. Det er dermed risiko for at «forløpstid for utredning» blir målt for kort.

En av de nasjonale styringsindikatorne 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 4 nedenfor viser de sist publiserte indikatorresultatene.

**Figur 4.** Andel avviste henvisninger innen PHV per HF i Helse Nord 1. tertial 2021



Kilde: Helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten

Ved nedbryting til «institusjonsnivå» framkommer det også stor intern variasjon, og at det mangler data for noen av enhetene, som DPS Alta, DPS Kirkenes, DPS Mosjøen og Sjøvegan voksenpsykiatri.

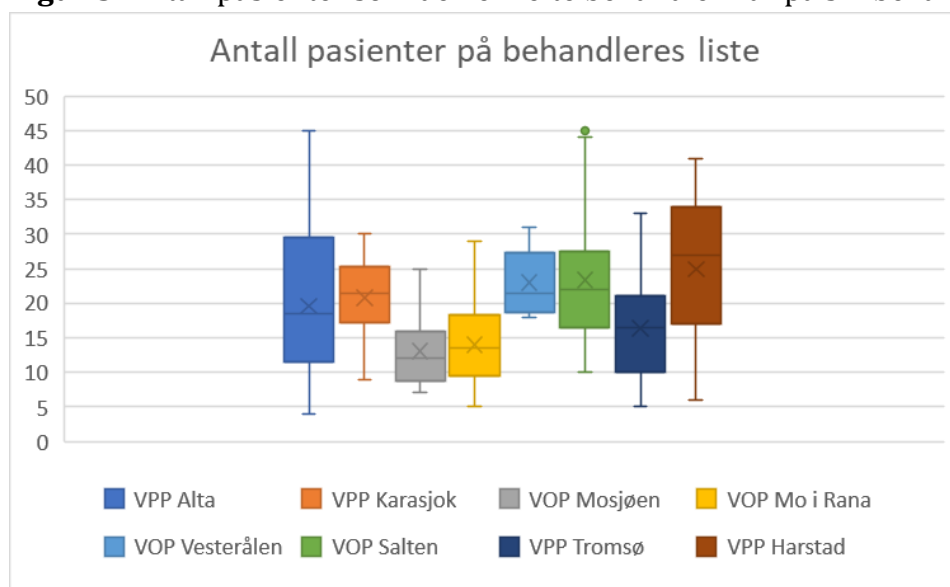
Vår journalgjennomgang viste at begrunnelse for avvisning blir dokumentert, og at den dominerende årsaken er «Ikke medisinsk indikasjon» for behandling i spesialisthelsetjenesten, jf. Vedlegg 2. Gjennomgangen avdekket også ulike lokale, systematiske feil i registreringspraksisen for avvisninger i UNN, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset, som kan påvirke påliteligheten i rapporteringer.

Dersom helseforetaket eller pasienten selv konstaterer at foretaket ikke klarer å tilby oppstart av helsehjelp innen den fastsatte fristen, har helseforetaket plikt til å melde fristbrudd til Helfo og anmode Helfo om å tilby et alternativt behandlingssted. Regelverket har vært midlertidig endret på grunn av covid-19-pandemien, og denne plikten til å melde til Helfo var opphevet i perioden 27. mai – 1. oktober 2020. På bakgrunn av opplysninger i intervjuer valgte internrevisjonen likevel å se nærmere på bruken av Helfo ved Nordlandssykehuset. Vi konstaterte at 23 % av henvisningene (135 av 577 henvisninger) mottatt ved Allmennteam Salten i perioden 01.01.2020-05.02.2021, er registrert som behandles ved annet sted rekvirert av Helfo. Helfo ble også benyttet i unntaksperioden. Vi fikk opplyst at henvisninger som er egnet til overføring til Helfo blir identifisert og merket allerede i enhetens inntaksmøte. Det framkom ingen informasjon om undersøkelse av muligheter for å skaffe alternativt tilbud internt i regionen eller hos avtalespesialister, slik regional prosedyre PR47114 pålegger. Pasientene får ingen informasjon fra Allmennteam Salten om at Helfo kontaktes. Nordlandssykehusets regnskapssystem viser at det er kostnadsført ca. 9,5 millioner kroner for behandling til voksenpsykiatriske pasienter via Helfo i perioden fra januar 2020 til februar 2021.

#### 4.1.1.3.2 Risiko for unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelse

Hvor mange pasienter den enkelte behandler har på sin behandlingsliste, varierer ut fra behandlerens erfaring og spesialitet, og også ut fra kompleksitet i de aktuelle pasientforløpene. Figur 5 viser variasjonen i behandlingslistene, både mellom og innad i enhetene, slik listene framsto på den aktuelle uttrekksdatoen, jf. *Vedlegg 3*, analyse 1. Tallene viser eksempelvis at halvparten av behandlerne i VOP Mosjøen har pasientlister færre enn 13 pasienter, mens tilsvarende tall for VPP Harstad er 27 pasienter. Samtidig ser vi at den interne variasjonen er større i VPP Harstad enn i VOP Mosjøen.

**Figur 5.** Antall pasienter som den enkelte behandler har på sin behandlingsliste



Kilder: D-1117, *Pasienter pr. behandler på uttrekksdato* og mottatte oversikter over ansatte.

Boksdiagrammet viser variasjonen i omfanget av pasientlistene i kvartiler og mellom høyeste og laveste antall. I tillegg angis medianen (X) for den enkelte av poliklinikkene.

Vi har videre fått opplyst at de fleste enhetene har et mål om at den enkelte behandler i gjennomsnitt skal ha minst tre konsultasjoner per dag. Internrevisjonens analyser viser at ingen av enhetene har hatt gjennomsnittlig tre konsultasjoner per behandler per dag i de undersøkte periodene. Analysen inkluderer bare behandlere som har hatt minst 10 konsultasjoner i den aktuelle tidsperioden, men det er ikke tatt hensyn til behandlerens stillingsstørrelse eller tilsetningsforhold. Nærmere spesifikasjoner og resultater finnes i *Vedlegg 3*, analyse 2. I forbindelse med denne analysen observerte vi også at omfanget av gruppebehandling varierer mellom enhetene, uten at variasjonen er faglig begrunnet.

#### 4.1.1.3.3 Risiko for unødvendig variasjon i pasientforløpene

Internrevisjonen har fått opplyst fra UNN at rapporten fra SKDE (2019), omtalt i kap. 1.1, er gjennomgått og ble presentert av SKDE i klinikkleidelsens møte i desember 2019, og at den inngår i grunnlaget for pågående prosesser i klinikken. De øvrige foretakene har ikke tatt denne rapporten og Helseatlas (2020) i bruk til internt forbedringsarbeid. Helseatlasets påviste blant annet store variasjoner i bruken av polikliniske konsultasjoner for årene 2014-2018. Figur 6 er utdrag fra helseatlasets og viser



variasjoner i kontaktrate for polikliniske pasienter innen psykisk helsevern for voksne. Her framkommer det at pasienter i alle boområdene i Nord-Norge, hadde lavere kontaktrate i helseforetakene enn landsgjennomsnittet.

**Figur 6.** Utdrag fra Helseatlas – kontakter pr. pasient fordelt på boområder

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

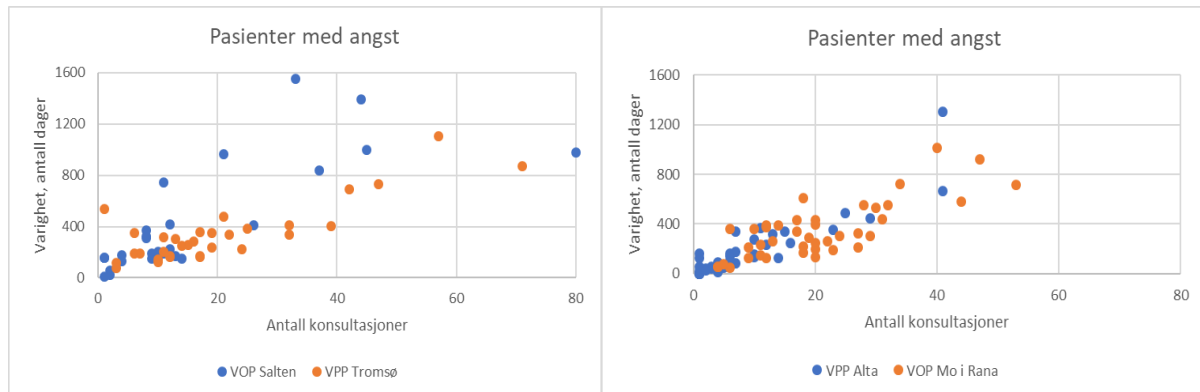
Kilde: Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling – Juni 2020, Tabell A.2. Internrevisjonens røde markering.

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

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

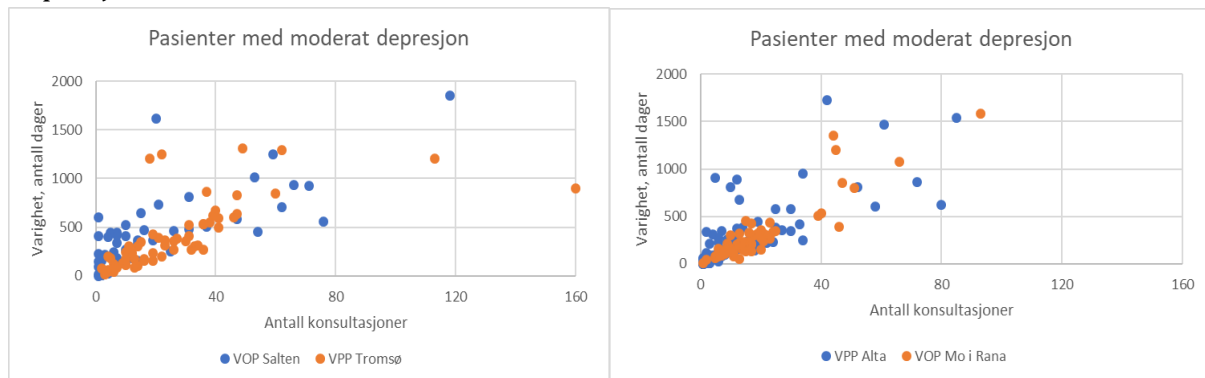
Internrevisjonen har sammenstilt data om hvor lenge pasientene får behandling og antallet konsultasjoner, innenfor utvalgte diagnosegrupper. Figur 7 viser variasjonen i pasientforløpene for de enkelte pasientene med angst, mellom henholdsvis VOP Salten og VPP Tromsø, og mellom VOP Mo i Rana og VPP Alta. Figur 8 viser variasjonen i forløpene for pasientene med moderat depresjon i de samme utvalgte enhetene. I disse to figurene er tidsperioden avgrenset slik at den er lik for alle poliklinikkene. De foretaksvise figurene som inngår i *Vedlegg 3*, analyse 3, viser resultatene for alle de utvalgte enhetene, slik de ble framstilt i de respektive foretaksrapportene.

**Figur 7.** Antall konsultasjoner og varighet av behandlingsforløp, pasienter med angst



Kilde: D-2028, Avsluttede konsultasjonsserier i periode 01.01.2020-21.10.2020. Følgende ICD-10 diagnosekoder er inkludert: F4000, F4001, F400, F401, F402, F409, F410, F411, F418, F419.

**Figur 8.** Antall konsultasjoner og varighet av behandlingsforløp, pasienter med moderat depresjon



Kilde: D-2028, Avsluttede konsultasjonsserier i periode 01.01.2020-21.10.2020. Følgende ICD-10 diagnosekoder er inkludert: F321 (inkl. F3210, F3211) og F331 (inkl. F3310 og F3311).

Oppsummert viser internrevisjonens analyser store variasjoner i forløpene for de undersøkte pasientgruppene. Datamaterialet viser at VPP Tromsø gjennomførte hyppigere konsultasjoner med sine pasienter enn det VOP Salten gjorde i perioden.

#### 4.1.2 Internrevisjonens vurderinger av mål og risikovurderinger

Foretakene har gjennom sine faste ledermøter på flere nivåer, etablert arenaer som legger godt til rette for forankring og oppfølging av mål og besluttede tiltak. Vi anser det imidlertid som en svakhet i alle foretakene at noen av målene relatert til pasientbehandling fra *Oppdragsdokument 2020* og *Oppdragsdokument 2021* er lite kjent for flere av lederne.

Etter internrevisjonens vurdering er det uheldig at UNN og Nordlandssykehuset ikke har gjennomført dokumenterte risikostyringsprosesser for måloppnåelse, herunder ikke gjennomført risikovurderinger knyttet til mål om å redusere unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne. Dermed mangler styrene og lederlinjene et viktig grunnlag for sine prioriteringer og beslutninger. Vi har rapportert til foretakene at vi anser det som viktig at en dokumentert og helhetlig

risikostyringsprosess knyttet til foretakets overordnede mål for 2021, iverksettes så raskt som mulig. I Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset foreligger slike risikovurderinger. På bakgrunn av tilgjengelige måleresultater og innsamlet informasjon, er internrevisjonen enig i de to foretakenes vurderinger vinteren 2021 om middels risiko før tiltak (gult nivå) for ventetidsmålet for 2021. Vi vurderer likevel at Helgelandssykehusets risikovurdering på enhetsnivå bør oppdateres og utvides, og at det er hensiktsmessig å supplere den overordnede risikovurderingen i Finnmarkssykehuset med en egen risikovurdering innen fagområdet.

Alle foretakene bør innarbeide risikoområdene knyttet til variasjon i praksis, som internrevisjonen har belyst i kap. 4.1.1.3, i sine risikovurderinger innen fagområdet. Risikoene er noe ulike mellom foretakene, men vi gir her en nærmere vurdering av noen av forholdene vi anser som vesentlige (risiko knyttet til vurderingssamtaler omtales i eget avsnitt nedenfor):

- Det er 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 for 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.
- Den store variasjonen i andel avviste henvisninger kan representere ulik faglig vurderingspraksis. Systematiske forskjeller i registreringspraksisen kan også redusere påliteligheten i rapporteringen. Systematisk opplæring, oppfølging og sammenligning av prioriterings- og registreringspraksis i foretakene er egnede tiltak for å redusere risikoen for uønsket variasjon.
- Den påviste variasjonen i gjennomføringen av pasientforløpene har stor betydning for poliklinikkens kapasitet. Dette gjelder selv om fastsatte diagnoser ikke reflekterer hele kompleksiteten i pasientenes sykdomsbilde, og at noe av variasjonen derfor kan være nødvendig.

Internrevisjonen vurderer videre at Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset har behov for å forbedre sin virksomhetsportal i Helse Nord LIS, slik at denne bedre tilpasses klinikkens og avdelingens behov for lett tilgjengelige indikatorresultater. Foretakene kan med fordel hente inspirasjon fra UNNs og Helgelandssykehusets tilrettelegging innen denne revisjonens tema. Vi ser det som en styrke at lederne i Helgelandssykehuset benytter virksomhetsportalen for informasjon om resultatutviklingen innen eget ansvarsområde, i stedet for å få tilsendt regelmessige rapporter. Alle foretakene anses å ha potensial for økt bruk av styringsindikatorer og dataanalyser i arbeidet med å redusere unødvendig ventetid til helsehjelp og unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Ikke minst gjelder dette analyser som synliggjør variasjoner mellom avdelinger eller belyser sammenhenger mellom ulike styringsindikatorer. Vi har i dette kapitlet vist eksempler på analyser som kan bidra til faktabaserte diskusjoner i forbedringsprosesser.

### *Risiko knyttet til vurderingssamtaler*

Internrevisjonen vurderer at det er risiko for at registreringspraksisen i forbindelse med vurderingssamtaler, herunder sammenhengen mellom ventetid sluttdato og oppstart av pakkeforløp, ikke er i samsvar med regelverket. Registreringspraksisen innebærer også risiko for upålitelig rapporteringsgrunnlag for blant annet ventetid, fristbrudd og andel pakkeforløp innen forløpstid for utredning.

Vår vurdering er at:

- Dersom vurderingssamtalen primært gjennomføres for å avklare rettighetsspørsmålet og eventuelt fastsette frist for oppstart av helsehjelp, skal slike samtaler skje innen 10 dager etter at henvisningen er mottatt og resultere i at rettighetsvurderingen besvares.
- Dersom «rett til helsehjelp» tidligere er tildelt, og vurderingssamtalen primært gjennomføres for å avklare nærmere hvilket utrednings- og behandlingsbehov pasienten har, er samtalen å anse som oppstart av helsehjelpen (ventetid sluttdato settes) og pakkeforløpsregistreringer må gjenspeile dette (første samtale gjennomført).
- Dersom samtalen skal kombinere disse to formålene, forutsettes det at den finner sted innen 10 dager etter mottak av henvisningen, og at den angis som første samtale i pakkeforløpet.

Internrevisjonen vurderer at det er behov for at Helse Nord RHF snarlig sørger for at helseforetakenes registreringspraksis i forbindelse med vurderingssamtaler innen psykisk helsevern for voksne, samsvarer med nasjonale føringer og praktiseres likt, herunder at det avklares hva som er formålet med vurderingssamtalene. Det bør også vurderes muligheter for å korrigere tidligere registrerte data.

## **4.2 Tiltaksplaner og gjennomføring av tiltak**

### **4.2.1 Observasjoner**

#### **4.2.1.1 Tiltaksplaner**

Alle foretakene har opplyst at det arbeides med å øke rekrutteringen til ledige stillinger innen fagområdet. I denne revisjonen har vi likevel valgt å ikke gå inn på gjennomføringen av rekrutterings- og stabiliseringstiltak, men fokusere på tiltak som omhandler pasientforløpene og hvordan tilgjengelig kapasitet benyttes.

Internrevisjonen har konstatert at det i UNN og Nordlandssykehuset ikke foreligger en samlet, aktiv tiltaksplan for et koordinert og langsiktig arbeid med reduksjon av unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen PHV. I UNN har imidlertid klinikken igangsatt et arbeid med utarbeidelse av en utviklingsplan for poliklinisk virksomhet for perioden 2021-2023. Framdriftsplanen for arbeidet la opp til endelig godkjenning fra klinikkledelelsen i uke 10-2021, men konkret tiltaksutforming og framdriftsplan for tiltaksgjennomføring inngikk ikke i mandatet for arbeidet. Både i UNN og Nordlandssykehuset fikk vi informasjon om at det er iverksatt en rekke tiltak i den enkelte avdeling/seksjon/enhet. Det finnes ingen oversikter som angir ansvar, frist og

status for tiltakene som fortsatt er under arbeid. Et omfattende tiltak som er gjennomført ved Nordlandssykehuset, gjelder omorganisering ved Salten DPS med opprettelse av en egen kortidspoliklinikk. Flere av tiltakene er omtalt i de foretaksvise rapportene.

I Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset er den samlede tiltaksplanen knyttet til ventetid og kapasitetsutnyttelse definert i risikovurderingen for 2021, men frister er ikke angitt, og for Helgelandssykehuset manglet også angivelse av ansvarlige. Internrevisjonen har innhentet opplysninger om status for noen av tiltakene, omtalt i de foretaksvise rapportene.

Psykisk helsevern og rus ble omorganisert fra 01.01.2020 både i Helgelandssykehuset og i Finnmarkssykehuset. Helgelandssykehuset har etablert Enhet for psykisk helse og rus, med gjennomgående ledelse fra enhetsdirektør til avdelingsnivå. Ledelsen har opplyst at dette har gitt økt fokus på psykisk helsevern og rus i ledelsen og styret, samt økt samarbeid, faglig utvikling og bedre rekruttering. Erfaringene er formidlet til styret som del av sak 8-2021 om ny organisering i Helgelandssykehuset, men det er ikke gjennomført en evaluering av omorganiseringen. Finnmarkssykehuset har omorganisert på motsatt måte ved å gå tilbake til at psykisk helsevern og rus er integrert i de geografisk definerte klinikkene. For å tilrettelegge for samarbeid og samordning innen disse fagområdene, er det inngått samarbeidsavtale mellom klinikkene og gitt et koordinerende ansvar til Klinik Alta. Internrevisjonen har fått opplyst at en mini-evaluering av omorganiseringen var forventet ferdigstilt i løpet av juni 2021.

#### **4.2.1.2 Tiltak knyttet til pakkeforløp**

Overholdelse av føringer knyttet til de innførte pakkeforløpene henger tett sammen med 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 følgende informasjon fra de enkelte helseforetakene om status:

#### *UNN*

Tidligere gjennomført implementeringsarbeid i henhold til *Plan for implementering av pakkeforløp i PHRK* ble avsluttet 31.12.2019. Status på dette tidspunktet var angitt for de enkelte tiltakene, og ikke alle tiltakene var fullført. På revisjonstidspunktet pågikk utarbeidelse av en strategisk plan for pakkeforløp på klinikknivå (utkast datert 05.10.20), som inkluderte:

- Milepælsplan (kap. 8). Siste milepæl her var satt til 21.12.2020, og lyder: «Det forventes at alle enheter er godt i gang med implementering».
- Tiltaksplan (kap. 9). Alle tidsfrister var passert i løpet av høsten 2020, de fleste 1. halvår 2020. Status for gjennomføring av tiltakene var ikke angitt i utkastet.

Det ble opplyst at intensjonen var å bearbeide dette videre ved å skille strategien og tiltaksplanen fra hverandre. Det framkom av strategiutkastet og av intervjuer at det fortsatt var sentrale punkter som ikke var ferdig implementert, blant annet evaluering av behandlingsplaner, praktisering av felles rutiner for når og hvordan spesialist-involvering bør skje, og koding av pakkeforløpene slik at gjennomføringen kan måles. Forløpskoordinatorer er oppnevnt, de fleste i delstillinger, og det er utarbeidet en felles funksjonsbeskrivelse.

#### *Nordlandssykehuset*

Nordlandssykehuset deltok i det regionale arbeidet med implementering av pakkeforløp i 2018-2019, men har ikke utarbeidet interne oversikter over hvilke tiltak som er implementert, hva som evt. gjenstår og hvilke områder som er utfordrende. Intern-revisjonen har 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. Forløpskoordinatorrollen ivaretas på ulike måter i klinikken. VOP Vesterålen har ansatt egen forløpskoordinator i full stilling. I Allmennteam Salten er denne funksjonen lagt til enhetsleder.

#### *Helgelandssykehuset*

Helgelandssykehuset startet registrering av pakkeforløp i mai 2019 og anser implementeringen som fullført. Overholdelse av enkelte av kravene er imidlertid utfordrende, særlig gjelder dette tidskrav for gjennomføring av klinisk vurdering og evalueringer. Det er tilsatt forløpskoordinatorer i delstillinger både i Mosjøen og Mo i Rana, som følger opp og gir tilbakemeldinger til behandlerne og til lederne. Oppgavene er nedfelt i en felles funksjonsbeskrivelse. Lederne i Helgelandssykehuset vurderer at den samlede status knyttet til pakkeforløp er god, og det finnes ingen konkrete tiltaksplaner for å øke etterlevelsen og/eller måloppnåelsen.

#### *Finnmarkssykehuset*

Finnmarkssykehuset anser at implementeringen av pakkeforløpene er fullført, men i realiteten varierer det i hvilken grad føringene etterleves. Det er tilsatt forløpskoordinatorer i ca. 25 % delstillinger ved hver klinikk. Ansvar og oppgaver er nedfelt i en felles funksjonsbeskrivelse. Det har framkommet at registrering av forløpskoder er mangelfull, spesielt i VPP Karasjok, hvor behandlere har uttalt at de ikke har prioritert slike registreringer. I tidligere kartlegginger av status for etterlevelse av pakkeforløpsbeskrivelsene, er de fleste punktene vurdert som «grønn», og det finnes ingen konkrete tiltaksplaner for å øke etterlevelsen og/eller måloppnåelsen.

#### **4.2.1.3 Pasienterfaringer i forbedringsarbeid**

Foretakene har i begrenset grad benyttet pasienterfaringer til systematisk forbedringsarbeid. «CheckWare», som blant annet kan benyttes til måling av pasienttilfredshet, er under implementering i foretaksgruppen.

Finnmarkssykehuset er det eneste av foretakene som har tilsatt erfaringskonsulent innen psykisk helsevern. Erfaringskonsulenten er tilsatt ved Sámi Klinihkka, og arbeidet er i hovedsak knyttet til samiske pasienter. Vedkommende er likevel tilgjengelig for hele foretaket. Oppgavene omfatter blant annet utarbeidelse av en brukerundersøkelse, som nå er under utvikling og oversetting til alle samiske språk.

I Helgelandssykehuset er det gjennomført en egen brukerundersøkelse om digitale konsultasjoner i 2020. Her framkommer det at de fleste brukerne synes digitale konsultasjoner er like bra som fysiske, men at et flertall likevel foretrekker fysiske konsultasjoner.

#### **4.2.1.4 Regelmessige kontrolltiltak**

Internrevisjonen har innhentet informasjon om hvilke regelmessige kontroller som gjennomføres av registreringer knyttet til henvisningsflyt og pasientforløp. Gjennomgangen har vist at det er stor variasjon i hvilke kontrolltiltak som gjennomføres, og at oppgavefordelingen er noe uklar. Det er i liten grad utarbeidet interne prosedyrer for slike kontrolltiltak, og få av de vi intervjuet har referert til de regionale prosedyrene.

#### **4.2.1.5 Internrevisjonens undersøkelser av tiltaksgjennomføring**

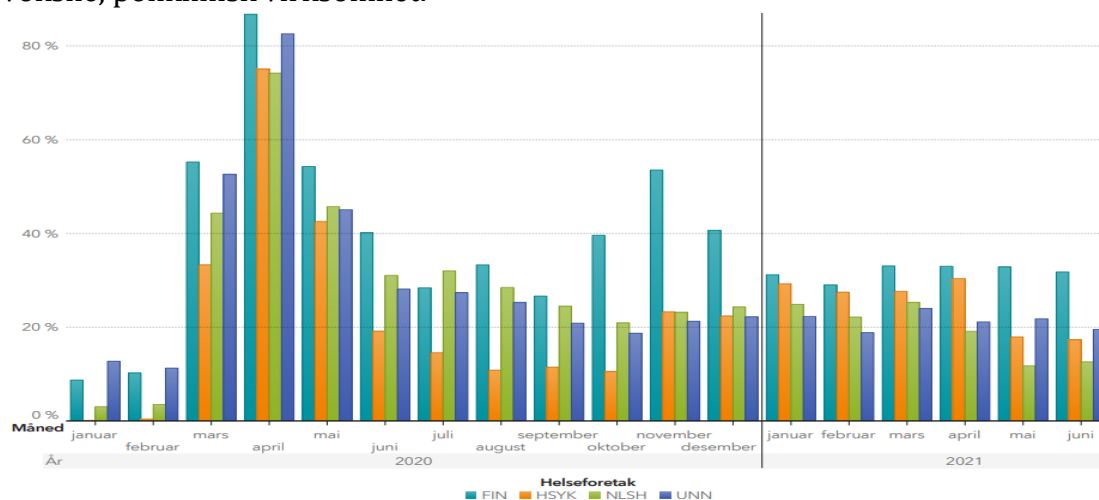
I tillegg til den statusinformasjon som er innhentet knyttet til tiltak nevnt i kap. 4.2.1.1, har internrevisjonen valgt å se nærmere på gjennomføringen av tiltak knyttet til følgende nasjonale/regionale krav:

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

#### *Digitale konsultasjoner*

*Oppdragsdokument 2021* krever at andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 % (samlet for alle fagområder). Som det framkommer av Figur 9 nedenfor, har andelen digitale konsultasjoner innen PHV variert mye, og vi har fått opplyst at covid-19-pandemien har påvirket dette i stor grad. Det er likevel kun i Nordlandssykehuset at to av månedsresultatene i første halvår 2021 har vært lavere enn 15 %. Ytterligere nedbryting av dataene viser likevel store variasjoner mellom de enkelte poliklinikkene innen PHV. Alle enhetslederne har ikke vært opptatt av å øke andelen digitale konsultasjoner, ut over det som har vært nødvendig på grunn av covid-19-pandemien.

**Figur 9.** Utviklingen i andel telefon- og videokonsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne, poliklinisk virksomhet.



### 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. Internrevisjonen har fått opplyst at det i hovedsak gis time i første brev ved Helgelandssykehusets voksenpsykiatriske poliklinikker. Ingen av de øvrige poliklinikkene hvor vi har hatt intervjuer, gir time i første brev.

I 2016<sup>3</sup> ble det 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 *Oppdragsdokument 2021* ble det stilt krav om å øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste seks måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020. Tilgjengelige data i Helse Nord LIS og/eller på Helsedirektoratet.no viste at foretakene kun hadde et fåtall pasienter innen PHV med fastsatt oppmøtetid mer enn én til to måneder fram i tid. Ingen av foretakene hadde planlagte eller pågående tiltak for å øke planleggingshorisonten innen PHV.

### Overholdelse av planlagt tid

«Passert planlagt tid» er en av de nasjonale styringsindikatorerne, 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, jf. *Vedlegg 1*. Mer detaljerte rapporter er tilgjengelige i Helse Nord LIS og viser at resultatene for denne indikatoren varierer mye innen PHV. Hittil er det Finnmarkssykehuset som har oppnådd de laveste og jevneste resultatene. Ingen av foretakene hadde planlagte eller pågående tiltak for å øke overholdelsen av planlagt tid innen PHV.

<sup>3</sup> Jf. foretaksmøte mellom foretaket og Helse Nord RHF 04.09.2015.



### 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».
- I Finnmarkssykehuset ble det gitt uttrykk for ulike oppfatninger om status for etterlevelse av dette kravet. Fra øvrige foretak ble det uttalt at behandlingsplaner i hovedsak utarbeides.
- UNN har gitt tilbakemelding om at eget kvalitetsarbeid har vist at slike planer ikke alltid opprettes ved bruk av riktig journaldokument i DIPS.
- I Lofoten og Vesterålen DPS gjennomføres det rutinemessige journalkontroller. Resultatet fra siste kontroll viste at det ikke utarbeides behandlingsplaner for alle pasienter. Det er gjennomført en slik journalkontroll også i Allmennteam Salten, men rapporten var ikke ferdigstilt på revisjonstidspunktet.
- VOP-ene i Sandnessjøen og Brønnøysund har gjennom flere år gjennomført regelmessige, interne journalgjennomganger som har inkludert kontroll av om behandlingsplan er utarbeidet. Ordningen skal nå videreføres og utvides til å omfatte øvrige avdelinger. Konkret framdriftsplan er ikke fastsatt.

Internrevisjonens journalgjennomganger viste at det ikke utarbeides behandlingsplaner i tilstrekkelig grad i noen av foretakene, jf. Figur 10 og *Vedlegg 2*, men at antallet er høyest i foretakene som gjennomfører egne journalgjennomganger.

**Figur 10.** Oppsummering av journalgjennomgang for punkt c) behandlingsplan. Oversikten viser: «antall behandlingsplaner»/ «antall undersøkte journaler».

Foretak	UNN	NLSH	HSYK	FIN
Behandlingsplan er utarbeidet	1/12	13/30	8/30	0/25

#### 4.2.2 Internrevisjonens vurderinger av tiltaksplaner og tiltaksgjennomføring

Etter internrevisjonens vurdering er det en svakhet at det ikke foreligger en samlet, aktiv tiltaksplan i UNN og Nordlandssykehuset for et koordinert og langsiktig arbeid for å nå målene om reduksjon av unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen PHV. Tiltaksplanene bør ha utgangspunkt i gjennomførte risikovurderinger, som vi har anbefalt i kap. 4.1.2.

Internrevisjonen anser det også som en svakhet at Helgelandssykehusets og Finnmarkssykehusets samlede tiltaksplaner knyttet til ventetid og kapasitetsutnyttelse innen PHV ikke er blitt operasjonalisert. Dermed framkommer det ikke klart hva som skal utføres og hvilke frister som gjelder. Videre vurderer vi at det er uheldig at tiltaksplanene i disse foretakene ikke er tilstrekkelige til å oppnå sikkerhet for å nå målet om gjennomsnittlig ventetid for PHV lavere enn 40 dager i 2021. Det vises også til kap. 4.1.2 om behovet for å utarbeide en egen risikovurdering innen fagområdet i

Finnmarkssykehuset, og behovet for å oppdatere og utvide den fagspesifikke risikovurderingen i Helgelandssykehuset. Disse prosessene bør inkludere utarbeidelse/oppdatering av en tilhørende tiltaksplan.

Tiltaksplanen i alle foretakene bør også omfatte noen av forholdene vi har belyst i dette kapittelet. Foretakenes utfordringer er noe ulike, men vi framhever behovet for å:

- Øke planleggingshorisonten og tildele time i første brev, slik pasient- og brukerrettighetsloven § 2.2 krever.
- Redusere andelen passerte kontakter.
- Øke utarbeidelsen av behandlingsplaner.
- Gjennomgå forløpskoordinators funksjonsbeskrivelse og påse at det er sammenheng mellom oppgaver og funksjonens rammebetingelser.
- Utarbeide foretaksvis prosedyresamlinger for voksenpsykiatriske poliklinikker.
- Øke bruken av pasient- og pårørendeerfaringer i det systematiske forbedringsarbeidet

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

Internrevisjonen anser det som viktig at det gjennomføres evalueringer av omorganiseringene i Nordlandssykehuset (Saltén DPS), Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset, som omfatter effekten for måloppnåelse innen revisjonens tema.

## **4.3 Rapportering og oppfølging**

### **4.3.1 Observasjoner**

#### **4.3.1.1 Oppfølging av måloppnåelse i lederlinjen**

Alle foretakene har regelmessige oppfølgings-/ledermøter på flere nivåer hvor måleresultater for utvalgte indikatorer gjennomgås og diskuteres. UNN benytter forbedringstavler i sine ledermøter. I Finnmarkssykehuset gjennomføres det også samarbeidsmøter mellom klinikkene på hvert av ledernivåene, i henhold til intern samarbeidsavtale. Disse møtene benyttes imidlertid ikke til oppfølging av resultater, da slik oppfølging er tillagt linjen i den enkelte klinikken.

I Helgelandssykehuset sendes det ikke interne rapporter med måleresultater i lederlinjen. Her forventes det at alle ledere er kjent med aktivitetstall og indikatorresultater i Helse Nord LIS og kan redegjøre for egen status og utvikling i ledermøtene. I de tre øvrige foretakene distribueres det statusrapporter i forbindelse

med månedlige oppfølgingsmøter, med fokus på aktivitetstall og utvalgte indikatorresultater.

Nordlandssykehuset skiller seg ut ved omfattende utarbeidelse og distribusjon av rapporter. Klinikkrådgiver utarbeider rapporter både på klinikk-, avdelings- og enhetsnivå, basert på DIPS-rapporter. Klinikkrådgiver sender også ut ukentlige oversikter over fristbrudd og truende fristbrudd, til oppfølging i enhetene. I tillegg mottar klinikken rapporter fra Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) hver annen måned, som gjennomgås i faste driftsmøter. Internrevisjonen har lite informasjon om hvilken oppfølging som gjøres som følge av rapportgjennomgang i driftsmøtene, og det ble ikke nevnt noen konkrete forbedringstiltak med bakgrunn i disse rapportene.

Til tross for de etablerte oppfølgingsstrukturene, konstaterer vi at enkelte av målene relatert til ventetid og kapasitetsutnyttelse fra *Oppdragsdokument 2021* har hatt liten oppmerksomhet i ledelsesoppfølgingen, jf. omtale i 4.1.1.1.

#### **4.3.1.2 Tiltaksoppfølging i lederlinjen**

Det finnes lite dokumentasjon for at status for gjennomføring av konkrete tiltak rapporteres, vurderes og følges opp, men følgende kan nevnes:

- I UNN etterspørres status for tiltak når dialogavtalen gjennomgås på ledernivå 2 (klinikkleder) og 3 (avdelingsleder).
- Det framkommer eksempler på at gjennomføring av tiltak fra risikovurderingen er diskutert og fulgt opp i Finnmarkssykehusets samarbeidsmøter mellom klinikkene.
- Konkrete oppfølgingspunkter inngår i de mottatte statusrapportene for Sámi Klinihkka, men ikke for Klinik Alta.
- I deler av Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset gjennomføres det regelmessige journalkontroller som rapporteres og presenteres i enhetene.

Om oppfølgingen av den enkelte behandler aktivitet og kapasitet, har vi merket oss at lederne i Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset mottar månedlige oversikter som blant annet viser gjennomsnittlig antall konsultasjoner per dag og antall pasienter. I de fleste enhetene gjennomgås også pasientlisten regelmessig med den enkelte behandler, men med ulike intervaller. Det er også ulikt om det er enhetsleder, forløpskoordinator og/eller teamleder som deltar her.

#### **4.3.1.3 Informasjon til styret**

Internrevisjonen har gjennomgått informasjonen det enkelte foretaket har gitt til sitt styre gjennom skriftlige saksdokumenter. Vi har merket oss at:

- Virksomhets- og tertialrapporter viser utvikling i måloppnåelse for utvalgte indikatorer i alle helseforetakene, men hvilke indikatorer som vises på fagområdenivå varierer noe mellom foretakene.
- I Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset er risikovurderingene for 2020 og 2021 framlagt for styret, også med oppdateringer. Besluttede tiltak framkommer av risikovurderingene og er omtalt i aktuelle styresaker.

- UNN og Nordlandssykehuset har ikke gitt skriftlig informasjon om vurderinger av risiko for manglende måloppnåelse i 2020 eller 2021, og det er noe variasjon i hvordan foretakene har orientert om tiltak for å øke måloppnåelsen.
- Omorganiseringer i Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har vært behandlet i styrene, men det er kun i Nordlandssykehuset at styret konkret 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.

#### **4.3.2 Internrevisjonens vurderinger av rapportering og oppfølging**

Internrevisjonen vurderer at lederlinjens oppfølging av måloppnåelse og tiltaks-gjennomføring er noe mangelfull i UNN, Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset. I UNN savner vi spesielt dokumentasjon for at status i pågående tiltak følges opp og vurderes opp mot ønsket effekt på resultatoppnåelsen og risikobildet. I Nordlandssykehuset vektlegger vi at det også mangler beslutninger om forbedringstiltak innen områder med vedvarende utfordringer. For Finnmarkssykehuset vurderer vi det som en svakhet at tiltak for å øke måloppnåelsen ikke framkommer klart i den regelmessige lederoppfølgingen.

I Helgelandssykehuset er vår vurdering at det i lederlinjen er etablert en god systematikk i oppfølgingen av måloppnåelse for ventetid og fristbrudd, men at oppfølgingen bør utvides til å omfatte flere mål. Likevel påpeker vi at det vanskelig å vurdere status i oppfølgingen av pågående tiltak, ettersom tiltaksplanen ikke er blitt operasjonalisert.

Nye/oppdatererte tiltaksplaner i foretakene bør legge til rette for angivelse av status i arbeidet, og dermed utgjøre et egnet grunnlag for den regelmessige ledelsesoppfølgingen.

Vi vurderer videre at styrene i Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har fått egnet, pålitelig og rettidig informasjon om gjennomførte risikovurderinger og besluttede tiltak, og vi legger til grunn at styrene også vil få informasjon når risikovurderinger og tiltaksplaner er oppdaterte. For UNN og Nordlandssykehuset anser vi informasjonen til styrene som noe mangelfull, så lenge de 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 har vært høyere enn måltallet på 40 dager første halvår 2021, både i Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset. Videre konstaterer vi at ventetiden for ventende pasienter er økende i disse foretakene. I Helgelandssykehuset har ventetidene både for avviklede og ventende pasienter vært kortere enn 40 dager våren 2021. I alle foretakene er det avdekket stor variasjon i kapasitetsutnyttelse og i faglig praksis.

Vår konklusjon er at tre av helseforetakene ikke har etablert en tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen, og at ingen av foretakene har en tilfredsstillende styring med kapasitetsutnyttelsen. De vesentligste svakhetene er at risikovurderinger ikke er gjennomført eller er mangelfulle, at tiltaksplaner er fragmenterte og ufullstendige, og at lederoppfølgingen er noe mangelfull. Internrevisjonen anbefaler at det iverksettes en rekke forbedringstiltak i alle foretakene.

## 5.2 Anbefalinger

Internrevisjonen har, i rapportene til de enkelte foretakene, gitt følgende anbefalinger (tall: anbefalingens nummer i den enkelte HF-rapport):

<b>Anbefaling (ordlyd er noe forenklet og kan variere noe mellom HF-ene)</b>	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>HSYK</b>	<b>FIN</b>
Avklare hva som er formålet med den innledende vurderingssamtalen som er innført i VPP Alta, og sørge for korrekt registreringspraksis.				1
Iverksette en dokumentert og helhetlig risikostyringsprosess knyttet til de overordnede målene, i samsvar med <i>Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord</i> .	1	1		
Sørge for at underliggende målsettinger for PHV inngår i foretakets risikostyringsprosess.	2	2		
Innarbeide de belyste risikoområdene knyttet til variasjon i praksis som denne rapporten viser, i klinikkens risikovurderinger.	3	3	1	
Utarbeide en egen risikovurdering av målene knyttet til reduksjon av unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen for PHV, og innarbeide de belyste risikoområdene knyttet til variasjon i praksis.				2
Basert på gjennomførte risikovurderinger, utarbeide en samlet/konkret tiltaksplan.	4	4		3
Styrke og operasjonalisere tiltaksplanen i Enhet for psykisk helse og rus, basert på utvidet risikovurdering og svakheter som er belyst.			2	
Øke bruken av styringsindikatorer og dataanalyser i forbedringsarbeidet knyttet til ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse.	5			
Videreutvikle datavarehusløsningen som grunnlag for økt bruk av styringsindikatorer og analyser i forbedringsarbeidet. *Anbefalingen er mer omfattende til NLSH.		5*		6
Systematisere og styrke lederoppfølgingen av at besluttede tiltak gjennomføres og evalueres.	6		3	4
Formalisere interne kontrollrutiner knyttet til ventelister og kvalitetssikring av henvisningsdata, med utgangspunkt i regional prosedyresamling, DS8332.			4	5
Gi styret rettidig informasjon om resultater fra gjennomførte risikovurderinger og om status i tiltaksgjennomføring knyttet til risikobildet.	7	6		

Internrevisjonen anbefaler i tillegg Helse Nord RHF å:

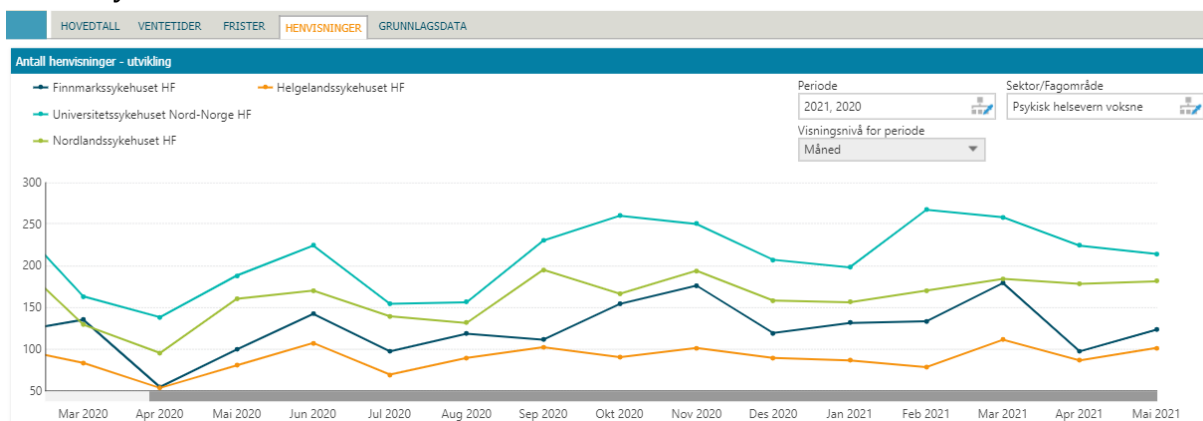
1. Sørge for at helseforetakenes registreringspraksis i forbindelse med vurderingssamtaler innen psykisk helsevern for voksne, samsvarer med nasjonale føringer.
2. Styrke oppfølgingen av helseforetakenes risikostyringsprosesser.

## Vedlegg 1 – Utvalgte måleresultater, psykisk helsevern for voksne

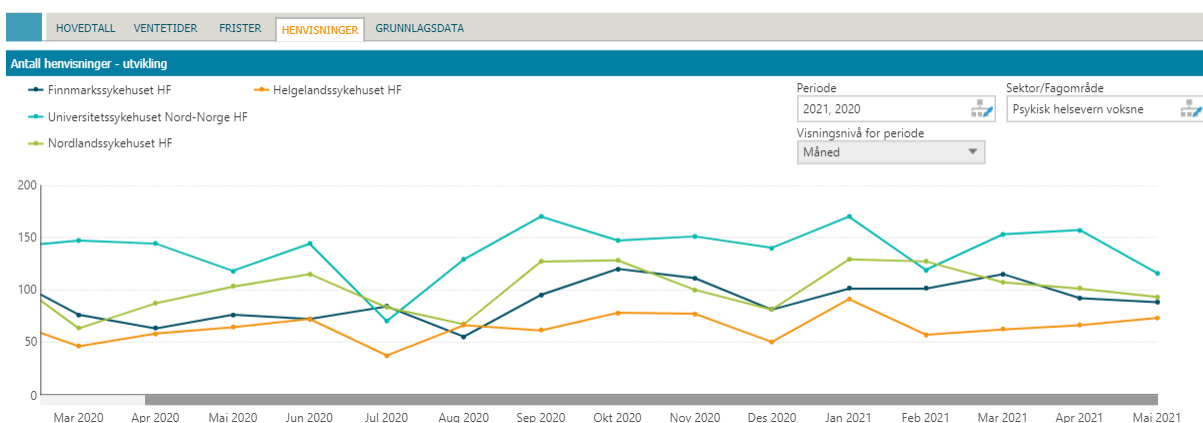
### Måleresultater fra:

- [helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter](https://helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter)
- [helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten](https://helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten)

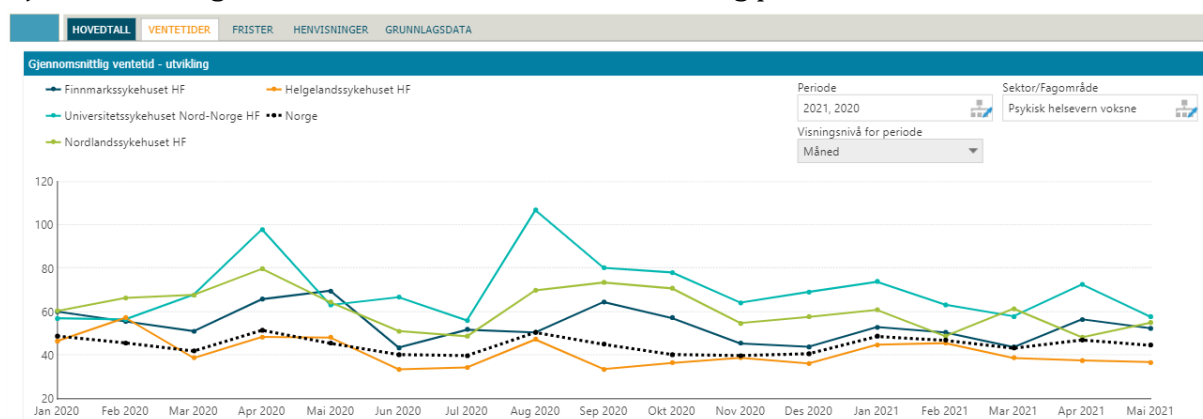
### Antall nyhenviste



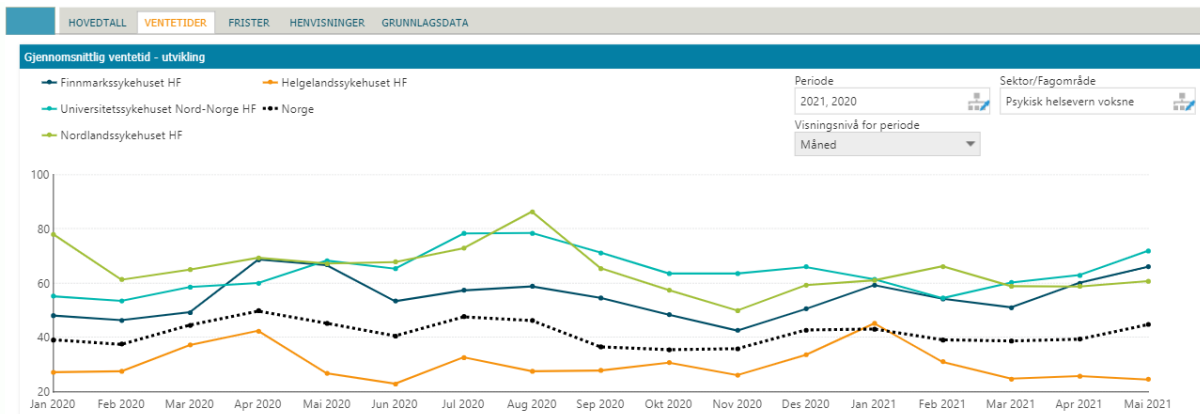
### Antall ordinært avviklede



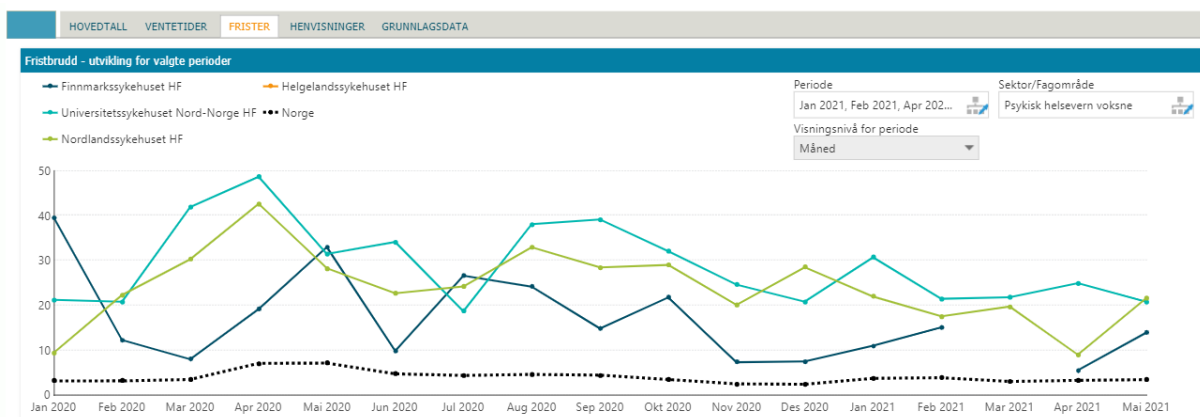
### Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede, utvikling per HF



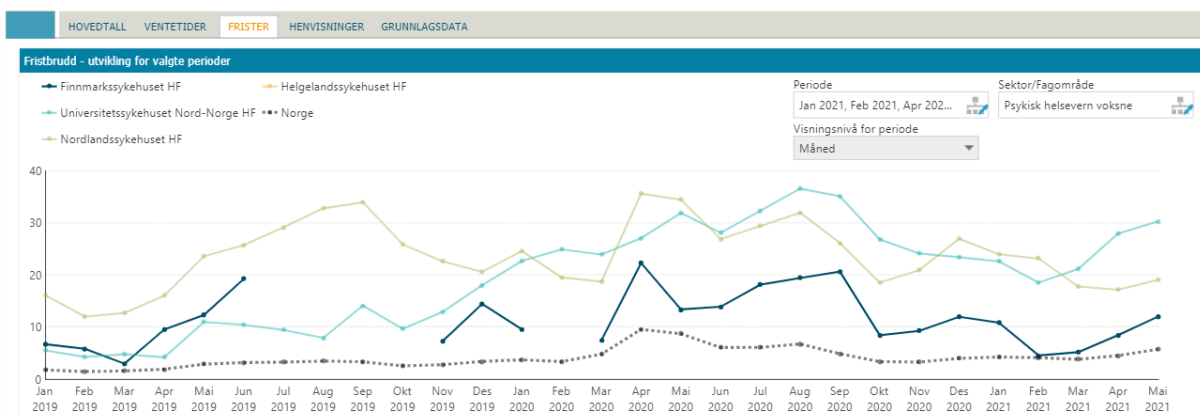
## Gjennomsnittlig ventetid ventende, utvikling per HF



## Andel fristbrudd ordinært avviklede, utvikling per HF

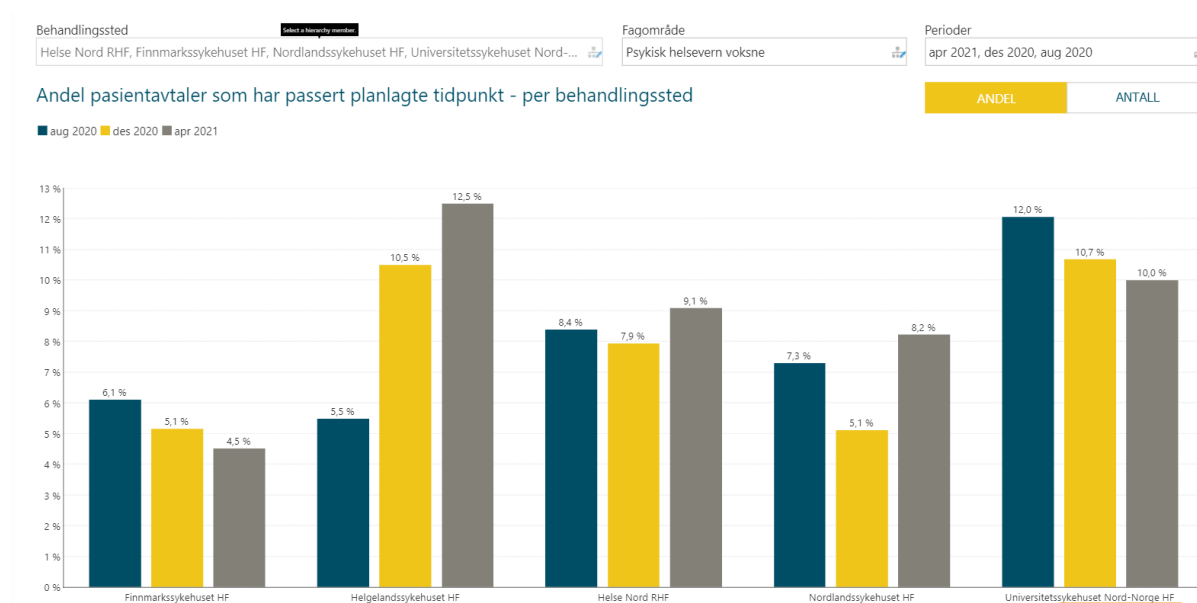


## Andel fristbrudd ventende, utvikling per HF

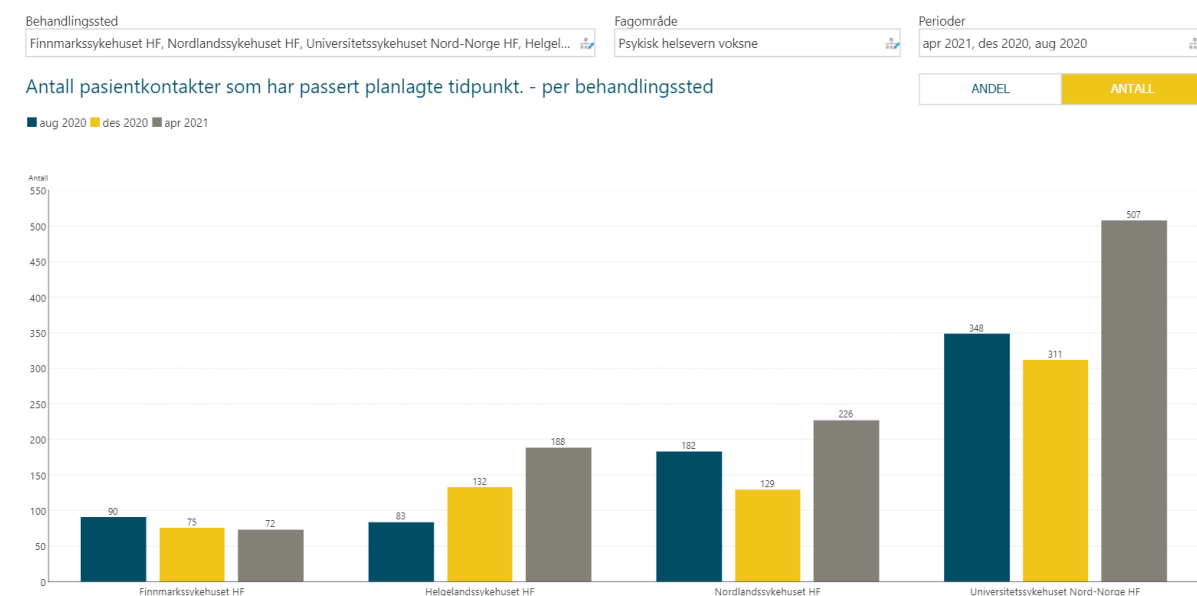




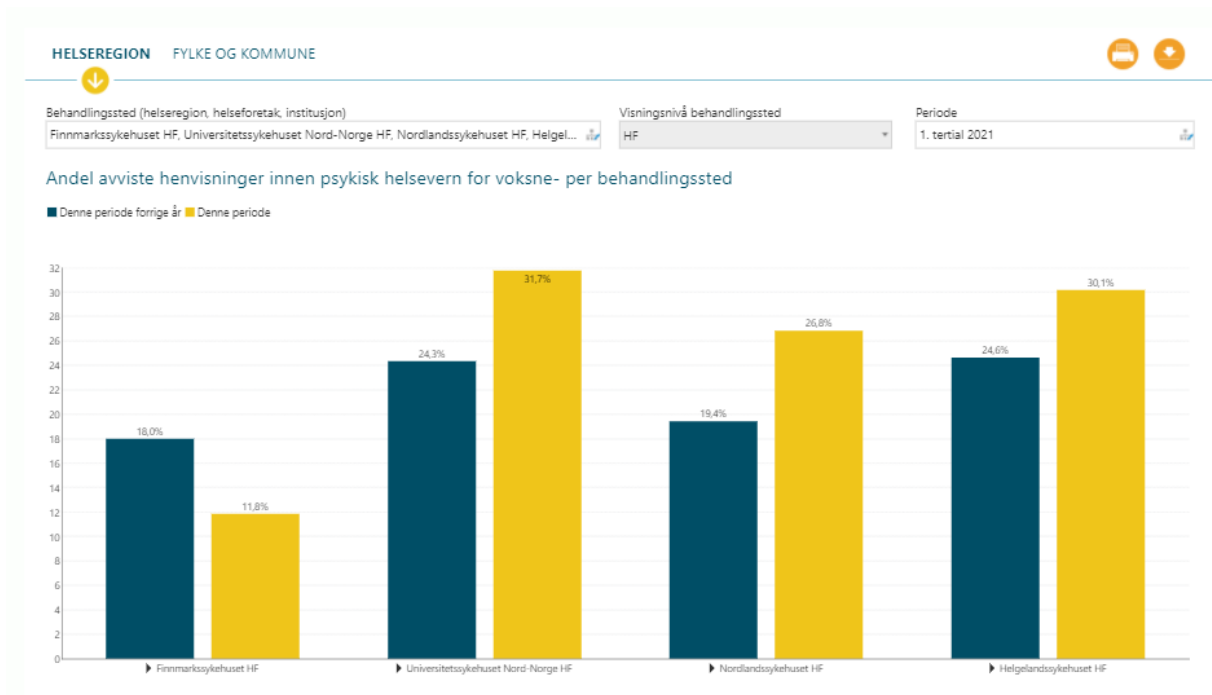
## Andel passert planlagt tid, per HF



## Antall passert planlagt tid, per HF



## Andel avviste 1. tertial 2021, per HF



## Vedlegg 2 – Resultater fra journalgjennomganger

### 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, i form av eget dokument med tittel «Behandlingsplan», er utarbeidet.

### Kilde og avgrensninger:

Følgende DIPS-rapporter ble brukt som grunnlag for utvelgelsen av journaler:

- Til undersøkelse a) og b): D-6813, *Oversikt henvisninger mottatt i valgt periode*, avgrenset til eksterne primærhenvisninger.
- Til undersøkelse c): D-2028, *Avsluttede konsultasjonsserier i periode*<sup>4</sup>, avgrenset til serier med minst 6 episoder<sup>5</sup>.

Valgt periode: fra 01.01.2020 til datoen i revisjonsperioden da uttrekket ble gjort for det enkelte foretak.

### Resultater:

Oversikten nedenfor viser antall positive bekreftelser/antall undersøkte journaler ved de utvalgte poliklinikkene.

Foretak	Poliklinisk enhet	a) Begrunnelse for avvisning er dokumentert	b) Dokumentert at rettighetsvurdering er utført av spesialist	c) Behandlingsplan er utarbeidet
UNN	VPP Harstad	11/13	23/23	1/5
UNN	VPP Tromsø	14/14	3/15	0/7
NLSH	Allmennteam Bodø	15/15	15/15	8/15
NLSH	VOP Vesterålen	15/15	15/15	5/15
HSYK	VOP Mo i Rana	15/15	15/15	5/15
HSYK	VOP Mosjøen	14/15	15/15	3/15
FIN	VPP Alta	15/15	15/15	0/15
FIN	VPP Lakselv/Karasjok	12/15	15/15	0/10

<sup>4</sup> I UNN ble undersøkelse c) utført basert på D-6813, begrenset til serier med minst 6 episoder, men seriene var ikke nødvendigvis avsluttet.

<sup>5</sup> I FIN ble det avgrenset til serier med minst 8 episoder.

### Vedlegg 3 – Resultater fra utvalgte analyser

Resultater fra utvalgte analyser internrevisjonen har gjennomført for å belyse risiko for unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelse og risiko for unødvendig variasjon i pasientforløpene.

#### Analyse 1, Antall pasienter pr. ansatt behandler

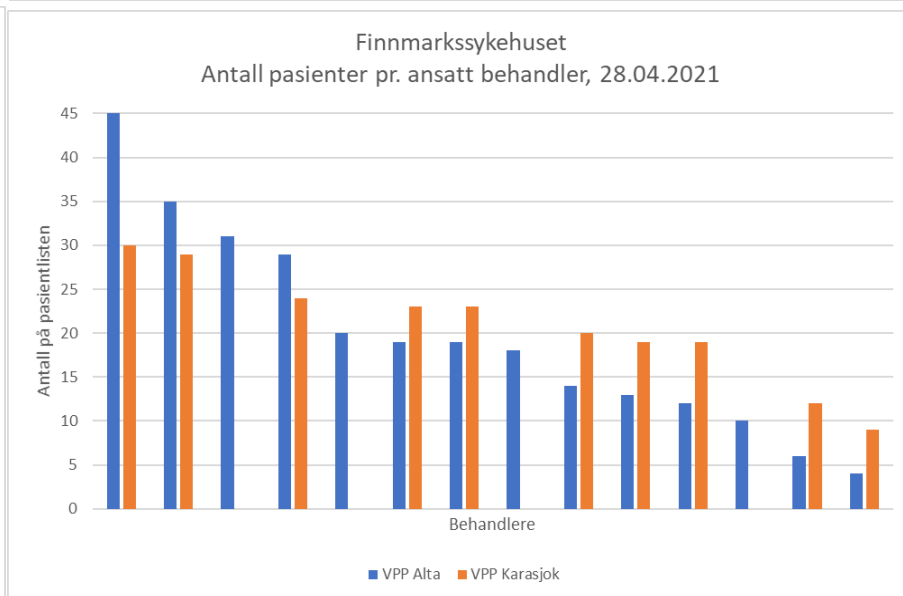
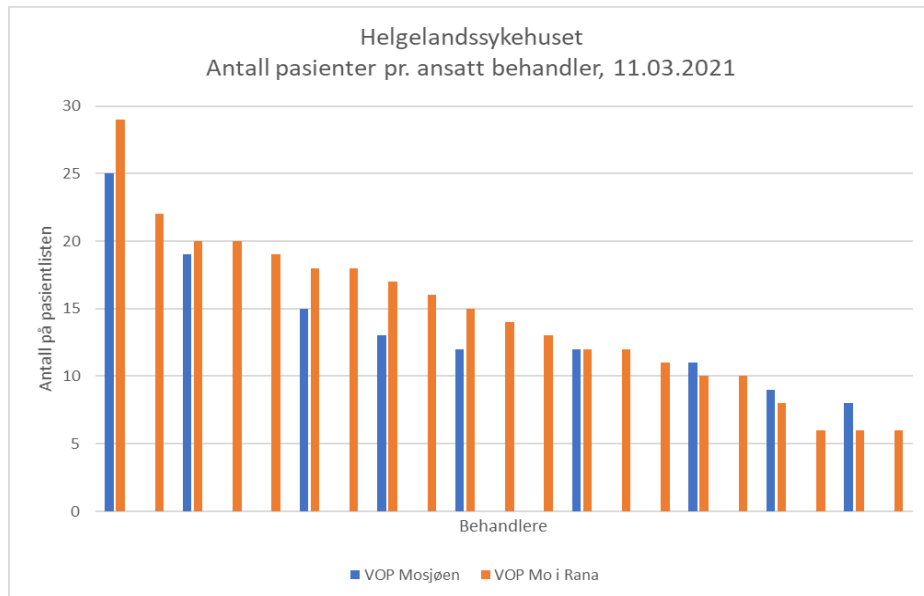
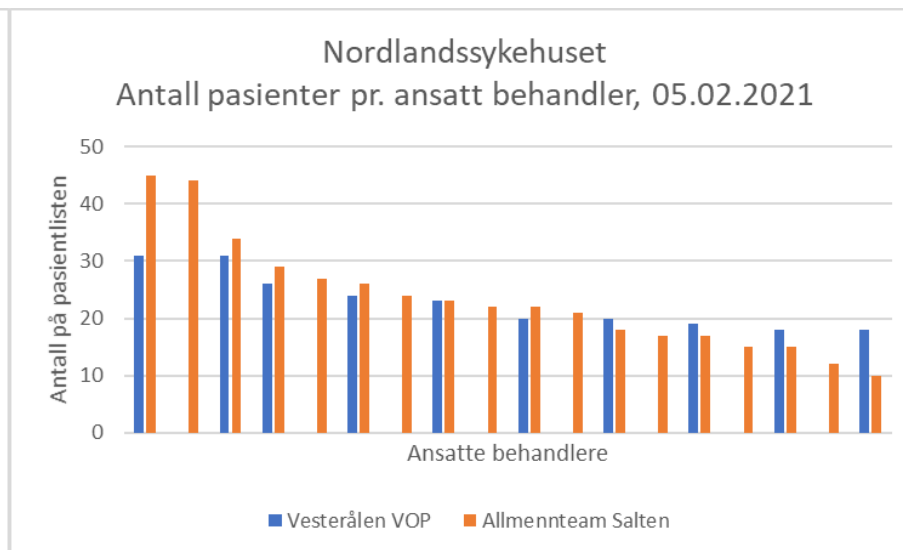
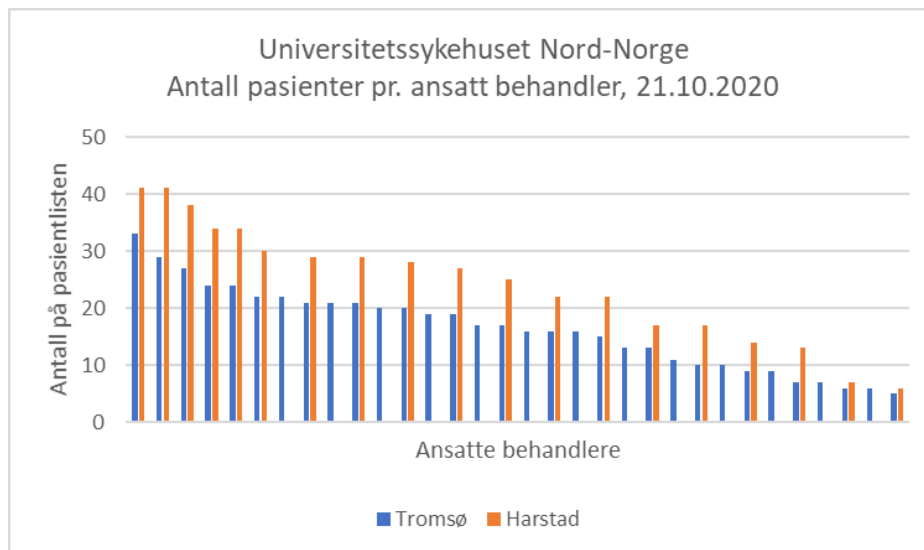
Kilder:

- DIPS-rapport 1117, *Pasienter pr. behandler pr. uttrekksdato*
- Mottatte oversikter over ansatte

Spesifikasjoner:

Foretak	UNN	NLSH	HSYK	FIN
Uttrekkdato	21.10.2020	05.02.2021	11.03.2021	28.04.2021
Seksjoner i DIPS	<ul style="list-style-type: none"><li>• DPS poliklinikk Sør-Troms</li><li>• DPS poliklinikk Tromsø</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• DPS poliklinikk Bodø (=Allmennteam Salten)</li><li>• DPS poliklinikk Vesterålen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• DPS poliklinikk Mo i Rana</li><li>• DPS poliklinikk Mosjøen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• DPS poliklinikk Alta</li><li>• DPS poliklinikk Lakselv/Karasjok</li></ul>
Filtrering	Ansv. = J Ekskludert: <ul style="list-style-type: none"><li>• behandlere som ikke står på ansattlisten</li><li>• enhetsleder</li><li>• fysioterapeuter</li></ul>	Ansv. = J Ekskludert: <ul style="list-style-type: none"><li>• behandlere som ikke står på ansattlisten</li><li>• enhetsledere</li><li>• fysioterapeuter</li><li>• LIS-leger</li></ul>	Ansv. = J Ekskludert: <ul style="list-style-type: none"><li>• behandlere som ikke står på ansattlisten</li><li>• ass.avdelingsleder Mo i Rana</li><li>• LIS-leger</li></ul>	Ansv. = J Ekskludert: <ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 50 % stilling</li></ul>

Resultater:



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

Kilde:

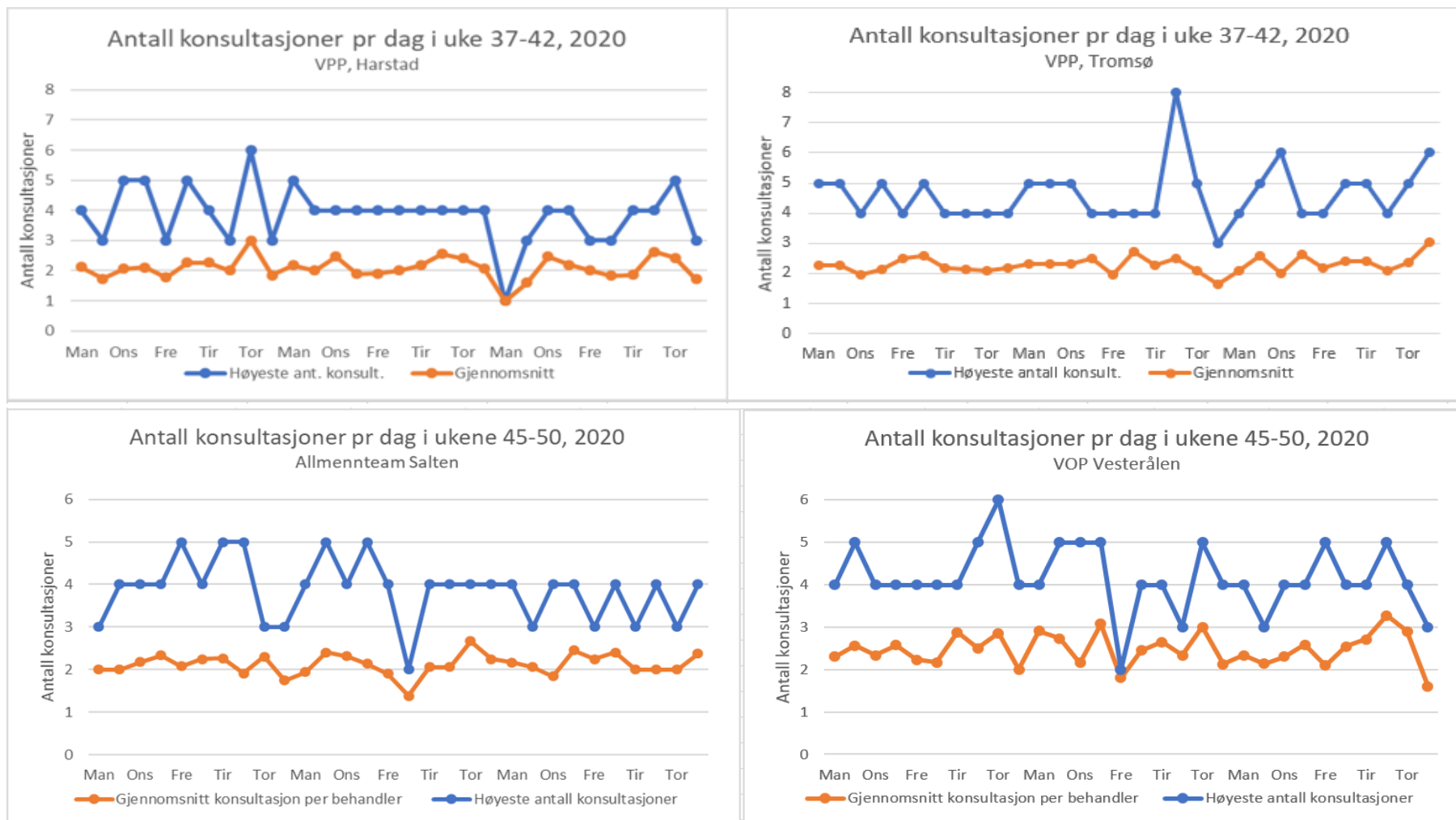
DIPS-rapport 6817, Oversikt polikliniske besøk i periode

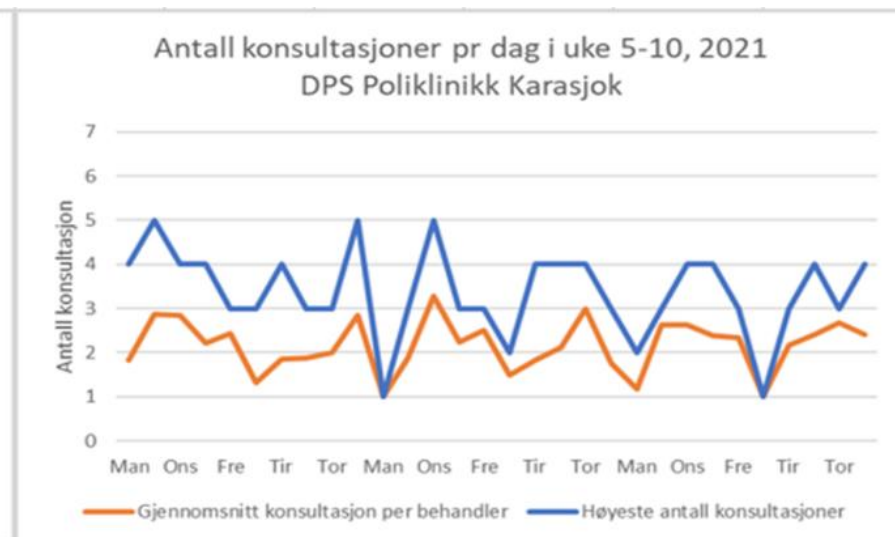
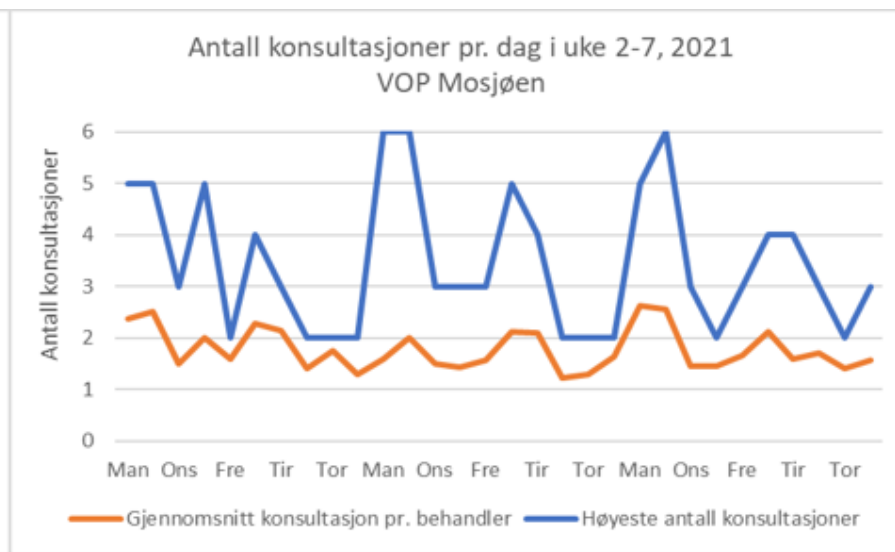
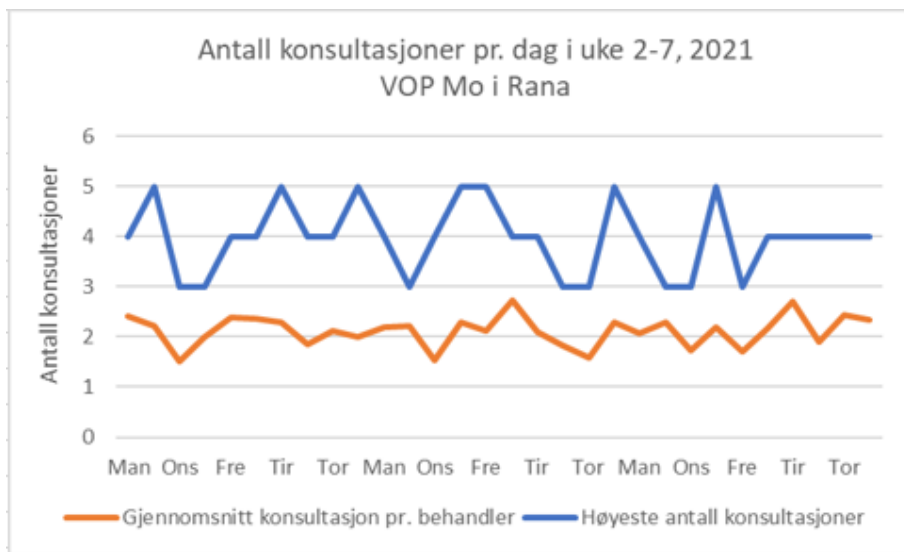
Spesifikasjoner:

Foretak	UNN	NLSH	HSYK	FIN
Periode 1	20.01.-28.02.2020	20.01.-28.02.2020	20.01.-28.02.2020	20.01.-28.02.2020
Periode 2	07.09.-16.10.2020	02.11.-11.12.2020	11.01.-19.02.2021	01.02.-12.03.2021
Seksjoner i DIPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>DPS poliklinikk Sør-Troms</li> <li>DPS poliklinikk Tromsø</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DPS poliklinikk Bodø (=Allmennteam Salten)</li> <li>DPS poliklinikk Vesterålen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DPS poliklinikk Mo i Rana</li> <li>DPS poliklinikk Mosjøen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DPS poliklinikk Alta</li> <li>DPS poliklinikk Lakselv/Karasjok</li> </ul>
Filtrering og bearbeiding	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oversikten inkluderer direkte pasientkontakt, samt indirekte pasientkontakt i form av telefonkonsultasjoner m/egenandel. Alle andre former for "Indirekte pasientkontakt" er ekskludert. For UNN inngår bare direkte pasientkontakt.</li> <li>Sortert på "Starttid" (tidspunkt for konsultasjonen)</li> <li>Summert antall konsultasjoner pr. dag for hver behandler.</li> <li>Behandlingstype: hver gruppe er telt 1 gang.</li> <li>Behandlere som (etter korreksjon for gruppebehandling) har &lt; 10 konsultasjoner i løpet av 6-ukersperioden, er ekskludert. Linjeledere er ekskludert, men inngår for FIN.</li> <li>Gjennomsnitt er beregnet ut fra antall behandlere som har hatt minst 1 konsultasjon den aktuelle datoen.</li> <li>Det er ikke tatt hensyn til stillingsstørrelse eller øvrige tilsettingsforhold.</li> </ul>			

### Resultater:

Nedenfor illustreres resultatene for periode 2 i hver av de undersøkte poliklinikkene. I de foretaksvisse rapportene er også resultatene for periode 1 er framstilt på tilsvarende måte.







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

Kilde:

DIPS-rapport 2028, Avsluttede konsultasjonsserier i periode

Utvalgte ICD-10 diagnoser:

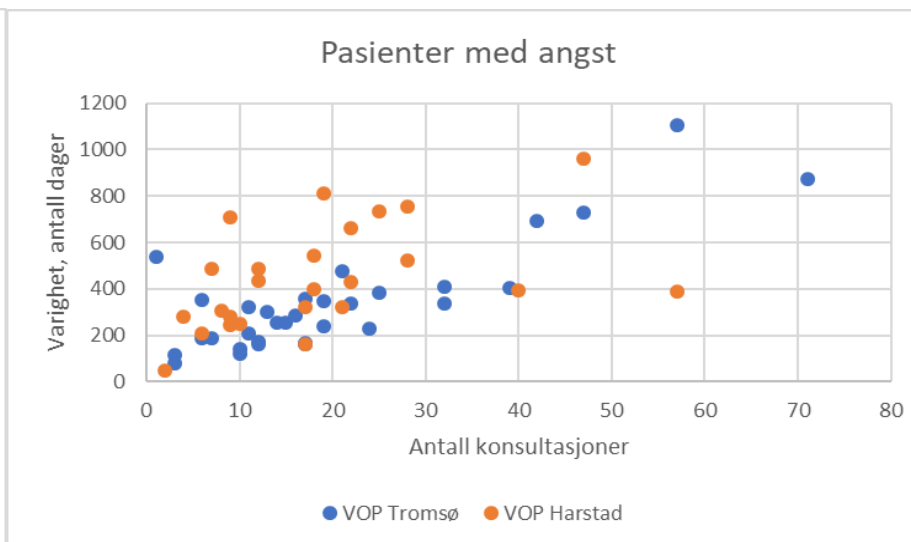
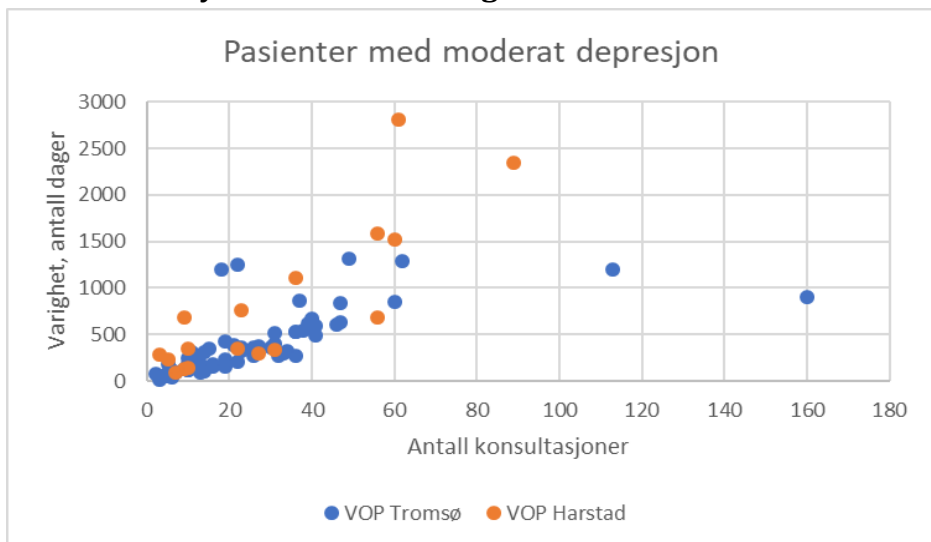
- Moderat depresjon: F321 (inkl. 3210 og 3211) og F331 (inkl. 3310 og 3311). Kodene i parentesene ble ikke inkludert for UNN.
- Angst: F4000, F4001, F400, (F401, F402), F409, F410, F411, F418, F419. Kodene i parentesene ble ikke inkludert for UNN.

Spesifikasjoner:

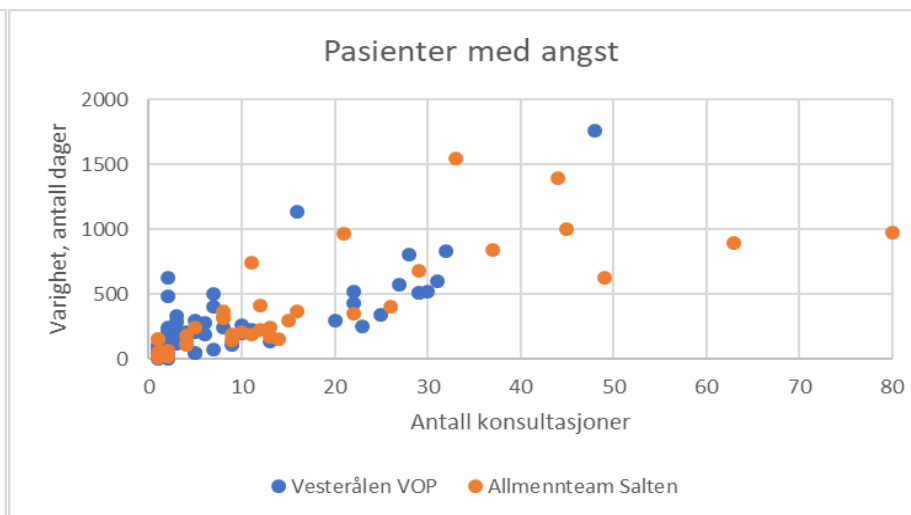
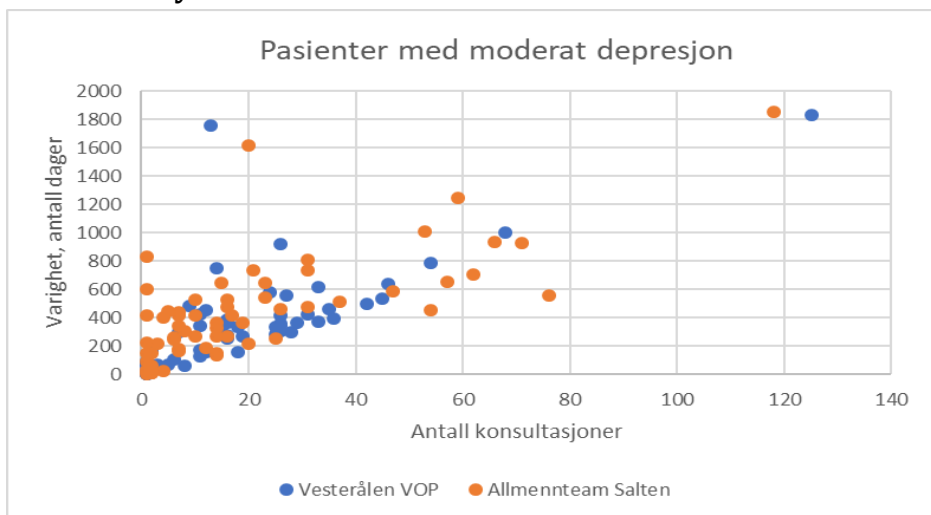
Foretak	UNN	NLSH	HSYK	FIN
Periode	01.01.2020-21.10.2020	01.01.2020-05.02.2021	01.01.2020-11.03.2021	01.01.2020-28.04.2021
Seksjoner i DIPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPS poliklinikk Sør-Troms</li> <li>• DPS poliklinikk Tromsø</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPS poliklinikk Bodø (=Allmennteam Salten)</li> <li>• DPS poliklinikk Vesterålen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPS poliklinikk Mo i Rana</li> <li>• DPS poliklinikk Mosjøen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPS poliklinikk Alta</li> <li>• DPS poliklinikk Lakselv/Karasjok</li> </ul>
Ekkludert	Ingen	Ingen (avviker fra framstillingen i HF-rapporten)	Ingen	Ingen
Bearbeiding	Beregnet varighet pr. pasientforløp: sluttid minus starttid. Det var en annen grafisk framstilling i UNNs rapport enn her, men datagrunnlaget er uendret.			

Resultater:

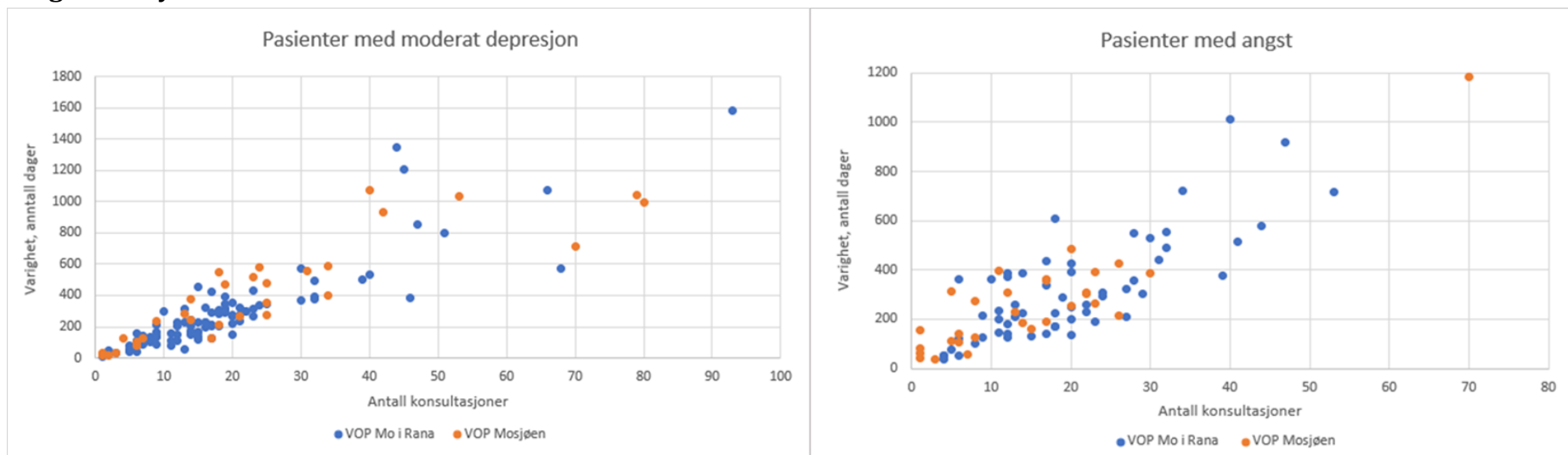
Universitetssykehuset Nord-Norge:



Nordlandssykehuset:



## Helgelandssykehuset:



## Finnmarkssykehuset:

