

Møtedato: 23. februar 2022  
Vår ref.:  
2021/1568-18

Saksbehandler:  
Nohr/Finsson

Dato:  
11.2.2022

## Styresak 18-2022

## Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 05-2021: Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord, oppfølging av styresak 111-2021

### Formål

Styret i Helse Nord RHF behandlet *styresak 111-2021 Internrevisjonsrapport nr. 05/2021, Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord* i styremøte 29. september 2021 og fattet 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 helseforetakenes oppfølgingsarbeid.*
4. *Styret ber adm. direktør vurdere oppfølgingspunkter fra internrevisjonsrapport nr. 05/21 i oppdragsdokument 2022 til helseforetakene.*

Denne styresaken informerer om hvordan anbefalingene i internrevisjonsrapport 05-2021 er fulgt opp i foretaksgruppen.

Formålet med revisjonen var å få bekreftet 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. Den har hatt hovedvekt på poliklinisk virksomhet.

### *Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier*

God kvalitet i helseforetakenes styrings- og kontrollprosesser er avgjørende for å redusere unødvendig ventetid til helsehjelp og sikre god kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne. Dette bidrar til at tilbudet til pasienter blir mer forutsigbart og at helseforetakene øker tilgjengeligheten til sine tjenester og reduserer unødvendig variasjon i tjenestene

### *Beslutningsgrunnlag -internrevisjonens konklusjon og anbefalinger*

Internrevisjonen konkluderte med at tre av helseforetakene ikke har etablert en tilfredsstillende styring og kontroll på utviklingen av ventetider, 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 har, i rapportene til de enkelte helseforetakene, gitt hvert helseforetak fire til sju anbefalinger som omhandler vesentlige forhold innen styring og kontroll. De omfatter blant annet risikovurderinger, bruk av vurderingssamtaler, tiltaksplaner, intern rapportering, ledelsesoppfølging, bruk av styringsindikatorer og analyser i forbedringsarbeidet, samt informasjon til styret.

I tillegg anbefalte internrevisjonen 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.

### **Oppfølging av anbefalinger og styrets vedtak**

Helse Nord RHF har bedt de aktuelle helseforetak om å redegjøre for hvordan funnene fra internrevisjonen følges opp. Helseforetakene ble bedt om å:

1. Redegjøre for status for styrebehandling av internrevisjonsrapporten og tilhørende handlingsplan.
2. Redegjøre for etablert registreringspraksis i forbindelse med vurderingssamtaler innen psykisk helsevern for voksne. Forespørselen ble utvidet til også å gjelde psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
3. Beskrive status for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger, herunder også oppfølging av helseforetakenes risikostyringsprosesser.

Mottatte tilbakemeldinger er gjennomgått og vurdert, og omtales nedenfor:

Ad. pkt. 1:

Tre av helseforetakene har styrebehandlet internrevisjonsrapporten. Helgelandssykehuset planlegger å styrebehandle rapporten i februar 2022.

Ad. pkt. 2:

Alle helseforetak har rapportert om sin registreringspraksis der hvor vurderingssamtaler benyttes. Helse Nord RHF har fulgt opp tilbakemeldingene og sett til at registreringspraksis er i samsvar med gjeldende regelverk.

Ad. pkt. 3:

Helseforetakene har medio desember 2021 redegjort for hvordan internrevisjonens anbefalinger blir fulgt opp. Status er oppsummert i samlet tabell (vedlagt). Helseforetakene har både pågående og fullførte prosesser for å svare ut anbefalingene. Det er variasjon mellom helseforetakene i hvordan de arbeider med likelydende anbefalinger og i hvor stor andel oppfølging av anbefalingene er å regne som gjennomført. Helse Nord RHF vurderer at oppfølgingen ved Universitetssykehuset Nord-

Norge og ved Helgelandssykehuset er i god prosess, det vil si at oppfølging av anbefalingene enten er fullført eller er pågående. Helse Nord RHF har ikke innhentet dokumentasjonen som ligger til grunn for Helgelandssykehusets vurderinger av grønn status. Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset har ikke startet oppfølging av enkelte av anbefalingene.

#### *Anbefalingen til Helse Nord RHF om å styrke oppfølgingen av helseforetakenes risikostyringsprosesser*

Helseforetakene har besvart hvordan de imøtekommer anbefalinger knyttet til risikostyringsprosesser. Besvarelsene tyder på at innføring av risikostyring er i positiv utvikling. Risikostyring kan anvendes som metode for å avdekke mulige barrierer og mulighetsrom for å nå målsettinger om unødig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne. Helse Nord RHF har revidert de regionale retningslinjene for risikostyring i Helse Nord, jamfør *styresak 124-2019 Reviderte retningslinjer for risikostyring i Helse Nord - oppfølging av styresak 161-2018* (styremøte 27. november 2019). Her fremgår hvordan helseforetakene skal organisere risikostyringsarbeidet. I oppdragsdokument for 2022 er helseforetakene særskilt bedt om å gjennomføre risikovurderinger knyttet til informasjonssikkerhet og beredskap. Ved å etterspørre helseforetakenes oppfølging av å risikostyre ventetid og kapasitetsutnyttelse er det gitt et incitament for å styrke logistikken fra mottatt henvisning til start av helsehjelp. Helse Nord RHF forventer at oppfølging av enkelte krav i årets oppdragsdokument skal følge metodikk og oppfølging i risikostyring.

Til styrets vedtak pkt. 4:

Helse Nord RHF har vurdert oppfølgingspunkter fra internrevisjonsrapport nr. 05-2021 i oppdragsdokument 2022 til helseforetakene, og konkludert med at krav utover de som kommer direkte fra Helse- og omsorgsdepartementet ikke skal gis. Flere krav i oppdragsdokumentet legger føringer for at helseforetakene må styrke sitt arbeid med ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern.

Helseforetakene har klare føringer for å styrke og prioritere psykisk helsevern. Det stilles krav til økt kapasitet i både poliklinikk og døgnbehandling samtidig som det stilles krav til betydelig reduksjon i ventetider sammenliknet med resultatene for 2021. Helseforetakene skal etablere felles henvisningsmottak med avtalespesialister. Det skal legges til rette for å tilby vurderingssamtale innen psykisk helsevern, der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller det er behov for supplerende informasjon, eller der lege/henviser mener det er behov for rask avklaring før eventuell henvisning.

#### **Internrevisjonens vurdering**

Internrevisjonen er konsultert i henhold til gjeldende prosedyre for oppfølging av revisjonsrapporter i Helse Nord RHF, og har gjennomgått tilgjengelig informasjon om helseforetakenes og RHF-ets oppfølging av anbefalingene. Internrevisjonens merknader til framstillingen i denne saken er tatt hensyn til.

#### **Administrerende direktørs vurdering**

Internrevisjonsrapportene om ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse ga nyttig informasjon om utfordringer knyttet til ledelse og styring innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord. Helse Nord RHF har sammen med berørte helseforetak arbeidet for å følge opp disse funnene samt vedtak fra styresak 111-2021.

Basert på helseforetakenes tilbakemeldinger vurderer adm. dir. at registreringspraksisen i forbindelse med vurderingssamtaler innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling nå samsvarer med nasjonale føringer. Selv om det er variasjon i hvor langt helseforetakene har kommet i å følge opp rapporten, er administrerende direktør tilfreds med de prosesser helseforetakene har satt i gang for å følge opp rapportens anbefalinger.

Samlet vurderer adm. direktør at oppfølging av internrevisjonsrapporten og krav i oppdragsdokument 2022 legger tilstrekkelige føringer for at helseforetakene må styrke sitt arbeid med ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern.

### **Forslag til vedtak**

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjon om oppfølging av *internrevisjonsrapport nr. 05-2021 - Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord* til orientering.
2. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om tilbakemelding på at sykehusforetakene har fulgt opp alle anbefalinger fra internrevisjonsrapport 05-2021 innen utgangen av 2022.

Bodø, 11. februar 2022

Cecilie Daae  
administrerende direktør

Vedlegg: Oversikt over status for oppfølging av anbefalingene i internrevisjonsrapportene 01/2021 til 04/2021 om ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne, pr. desember 2021

## Oversikt over status for oppfølging av anbefalingene i internrevisjonsrapportene 01/2021 til 04/2021 om ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne, pr. desember 2021

På bakgrunn av foretakenes tilbakemeldinger har saksbehandler, i samarbeid med internrevisor, vurdert status i foretakenes arbeid med oppfølging av internrevisjonens anbefalinger (anbefalingens nummer angitt i kolonnen). Resultatet av vår omforente vurdering er angitt med følgende fargekoder: **Grønn** – fullført, **Gul** – i arbeid/påbegynt, **Rød** – ikke påbegynt

<b>Anbefaling</b> (i sammenstillingen kan ordlyden være noe forenklet, sammenlignet med opprinnelig ordlyd i HF-enes rapporter)	<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 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord.	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	

<b>Anbefaling</b> (i sammenstillingen kan ordlyden være noe forenklet, sammenlignet med opprinnelig ordlyd i HF-enes rapporter)	<b>UNN</b>	<b>NLSH</b>	<b>HSYK</b>	<b>FIN</b>
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		