

Styresak

Dato dok.: 08.10.2020
Møtedato: 19.10.2020
Vår ref.: 18/02875-18

Administrerende direktør

Postadresse: 1478 LØRENSKOG
Telefon: +47 67 96 00 00

Sak 81/20 Oppfølging av konsernrevisjon – Likeverdig og forutsigbar helsehjelp for barn og unge (rapport 6/2018)

Helse Sør-Øst gjennomførte en konsernrevisjon ved avdeling BUP, Divisjon psykisk helsevern, våren 2018. Revisjonen hadde et særskilt fokus på de to polikliniske seksjonene BUP Follo og BUP Øvre Romerike. Det vises til rapport fra Konsernrevisjonen.

Konsernrevisjonen hadde følgende anbefalinger til Divisjon psykisk helsevern:

1. Praksis for hvem som utfører rettighetsvurderinger bør gjennomgås for å vurdere om denne er i tråd med krav til forsvarlighet og nasjonale føringer
2. Forventninger til dokumentasjonen av rettighetsvurderingene bør tydeliggjøres
3. Det bør iverksettes systematisk opplæring for alle som vurderer henvisninger
4. Prioriteringspraksis bør følges opp gjennom sammenligninger av hvordan henvisninger vurderes
5. Føringer for arbeid med behandlingsplaner og oppfølging av disse bør tydeliggjøres

I tillegg kom konsernrevisjonen med en *generell anbefaling*:

Økt bruk av styringsdata kan belyse uønsket variasjon

Revisjonsrapporten og handlingsplanen ble fremlagt i styremøtet 16.10.2018 (sak 75/2018) som en orienteringssak. Styret ble orientert om status i tiltaksarbeidet i styremøte 25.10.2019 (sak 65/2019).

I brev datert 20.01.2020, skriver konsernrevisjonen i sin oppsummering av revisjonen. Det er konsernrevisjonens vurdering at Akershus universitetssykehus HF har prioritert forbedringsarbeidet, og at tiltakene er i tråd med anbefalingen som fremkom i revisjonsrapporten. Konsernrevisjonens vurdering er at de ikke planlegger videre oppfølging av revisjonen.

I saken redegjøres det for tiltak som er iverksatt og resultatene av dette.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Praksis for hvem som utfører rettighetsvurderinger bør gjennomgå for å vurdere om denne er i tråd med krav til forsvarlighet og nasjonale føringer

Revisjonen skrev:

Revisjonen viser at ABUP har en praksis der enhetsledere og deres stedfortredere vurderer henvisninger. Helsedirektoratet vurderer at slike vedtak bør fattes i samråd med psykologspesialist eller psykiater for å oppfylle kravet til forsvarlighet. Ved de reviderte poliklinikkene er ikke alle enhetsledere psykiater eller psykologspesialist, og vi vurderer derfor at praksis ikke er i samsvar med nasjonale føringer.

Gjennomførte tiltak:

Rutinene ble umiddelbart endret ved våre poliklinikker:

1. Inntaksvurderinger gjøres fortløpende og daglig av enhetsleder, psykologspesialist eller psykiater koples på i alle vurderinger (dersom ikke enhetsleder er psykologspesialist eller psykiater), og navnet på vedkommende journalføres.
2. Alternativt tas alle henvisninger opp i et (ukentlig) regelmessig og strukturert fordelingsmøte, der minimum psykologspesialist eller psykiater deltar. Navnet på deltakende spesialist journalføres. Det er innført rutiner med stedfortreder for inntaksansvarlig, som er psykologspesialist eller psykiater, slik at spesialistvurderingen sikres ved sykdom, ferie, permisjon og annet fravær.

Forventninger til dokumentasjonen av rettighetsvurderingene bør tydeliggjøres

Revisjonen skrev:

Revisjonen viser at begrunnelsene for rettighetsvurderingene i varierende grad blir dokumentert. Dette gjelder både når pasienten får avslag om rett til helsehjelp, når det gis rett og ved vurdering av individuelle forhold for fastsetting av faglig forsvarlig frist. Malen for å dokumentere begrunnelsen benyttes, men det er til dels stor variasjon i hvor utfyllende begrunnelsene er. Manglende vurdering av individuelle forhold kan medføre en risiko for at pasientene får startet helsehjelp senere enn hva behovet tilsier.

Ved begge poliklinikkene gis begrunnelse for avslag med henvisning til at førstelinjetjenesten ikke har vært forsøkt før henvisning til spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsveilederen beskriver at det er pasientens behov for spesialisthelsetjenester som skal vurderes, og at pasienten ikke skal bli skadelidende dersom førstelinjetjenesten ikke har tilbud eller kapasitet.

God dokumentasjon av rettighetsvurderingen er viktig for den enkelte pasient da denne ofte vil danne grunnlaget for en eventuell klagesak. Det er mulig å klage på både avslag om rett til helsehjelp og fristfastsettelse, og pasienten har da rett til fornyet vurdering. Manglende begrunnelse for rettighetsvurderingen reduserer pasientens mulighet til å ivareta sine pasientrettigheter.

Gjennomførte tiltak:

1. Det ble utarbeidet avdelingsfraser (inntaks- og avslagsfrase) i DIPS som sikrer nødvendig innhold og dokumentasjon i inntaksvurderingen og svarbrevet. Frasene er utarbeidet slik at pasientens individuelle forhold i vurderingen blir lagt inn. Disse frasene brukes nå.
2. Garantifristen settes nå ut fra både prioriteringsveilederen og individuelle forhold. Praksisen med å sette kortere frist for å redusere ventetiden ble stoppet, og frist settes nå kun ut fra helsemessige forhold.

Det bør iverksettes systematisk opplæring for alle som vurderer henvisninger

Revisjonen skrev:

Ledelsen av poliklinikkene forutsetter at medarbeidere som vurderer henvisninger har nødvendig kompetanse til å utføre rettighetsvurderinger når de får stillingen som enhetsleder. Revisjonen viser at det ikke er iverksatt systematisk opplæring utover løpende veiledning i saker og inntaksmøter.

Gjennomførte tiltak:

1. Det er utarbeidet e-læringskurs (i læringsportalen) for inntaksansvarlige, med formål at vurderingene blir gjort og begrunnet ut fra gjeldende lovverk, og med begrunnelse som inkluderer individuelle forhold. Det er to moduler; en for kontorfaglige, og en for klinikere/inntaksansvarlige. Det er tilbakemeldinger på at begge moduler fungerer godt.

Prioriteringspraksis bør følges opp gjennom sammenlikninger av hvordan henvisninger vurderes

Revisjonen skrev:

Rapporteringen innad i ABUP viser at det er betydelig variasjon i andel avslag innad mellom de forskjellige poliklinikkene. Etter konsernrevisjonens vurdering kan det være grunn til å stille spørsmål ved om ulik forståelse av kriteriene for helsehjelp kan være en medvirkende faktor til denne variasjonen. Konsernrevisjonen vurderer derfor at systematisk opplæring og kalibrering av prioriteringspraksis innad i avdelingen kan redusere risiko for feil og potensiell uønsket variasjon i vurderingspraksis.

Gjennomførte tiltak:

1. Det vises til tiltaket med opplæring/e-læringskurs ovenfor, som også har relevans for dette punktet.
2. Opplegg for kalibrering er utarbeidet og gjennomført, der et representativt antall henvisninger (totalt 30 henvisninger) ble vurdert (anonymt) av inntaksansvarlige ved alle våre 6 poliklinikker. Henvisningene omfattet alle deler av opptaksområdet, alle aldersgrupper, ulike diagnoser, og ulik alvorlighetsgrad. Det ble deretter gjennomført et analysearbeid, med utarbeiding av tabeller og grafer, som ble gjennomgått på ledermøter i ABUP og en ledersamling. Stort sett viste resultatet stor grad av samstemthet i vurderingene, med i hovedsak få og ubetydelige forskjeller. Opplegget for kalibrering ble gjennomgått og ytterligere forbedret, og vil bli gjentatt etter egen plan for årlig revisjon.

Føring for arbeid med behandlingsplaner og oppfølging av disse bør tydeliggjøres

Revisjonen skrev:

Revisjonen viser at behandlingsplaner ikke utarbeides for en av tre pasienter i vårt utvalg. Behandlingsplanene blir i varierende grad evaluert, og det gjenstår et arbeid for å få disse til å bli et levende dokument som er førende for pasientens behandling. Manglende stoppunkter og evaluering av behandlingsplaner gir risiko for at behandlingstiltakene eller målsettingen for behandlingen ikke justeres.

Revisjonen viser at poliklinikkene i stor grad involverer psykologspesialist eller psykiater i behandlingen. Gjennomgangen viser likevel eksempler på at pasienter med alvorlige tilstander ikke ble fulgt opp kontinuerlig av spesialist under behandlingen. Manglende

involvering av spesialist medfører risiko for at ikke alle forhold ved pasientens problematikk blir fanget opp.

Revisjonen viser at avslutning av pasientbehandlingen i hovedsakelig skjer i tråd med plan beskrevet i journal. Likevel viste journalgjennomgangen at noen pasienter ikke blir avsluttet i DIPS selv om behandlingen er avsluttet. Dette medførte at epikrise først ble skrevet 6 uker til 16 uker etter avslutning.

Revisjonen viser at helseforetaket har et system for styring og oppfølging, men at overordnede mål i mindre grad operasjonaliseres i handlingsplaner på de ulike nivåene i avdelingen og poliklinikkene.

For å følge opp behandlingen gjennomgår enhetsleder pasientlistene sammen med hver behandler. Dette er et viktig kontrolltiltak for å sikre kvalitet og struktur i pasientforløpene. Dette gjennomføres imidlertid med ulik hyppighet og på ulik måte mellom poliklinikkene og enhetene. Det kan derfor være hensiktsmessig å ha en mer strukturert tilnærming til hvordan og hvor hyppig denne gjennomgangen skal gjennomføres.

Gjennomførte tiltak:

1. Frasen (i DIPS) «Behandlingsplan» er gjennomgått på møter ved alle seksjoner (informasjon og opplæring), av avdelingens kvalitetsrådgiver. Veilederen til behandlingsplanen som nå ligger i DIPS, er omarbeidet slik at den nå ligger som en egen prosedyre i EQS. I forbindelse med innføringen av pakkeforløp gis det tilbakemelding til alle klinikere om igangsatte pasientsaker, og hvilke av disse som har behandlingsplan. Behandlingsplanen inneholder alle de punkter revisjonen har tatt opp som nødvendige og sentrale, som selvmordsrisikovurdering, pasientsamarbeid/medvirkning, evaluering m.m.
2. Praksisen med caseloadsamtaler (enhetsleders regelmessige gjennomgang med den enkelte behandler, der alle aktive pasientsaker gjennomgås), er ytterligere systematisert ved at det er utarbeidet en sjekkliste for samtalen. Behandlingsplan og epikrise er to av punktene. Caseloadsamtalene gjennomføres halvårlig.
3. Kontorassistert timebok bidrar til å gjøre praksisen med epikrise i siste time enklere, blant annet gjennom at det er etablert tilbakemeldingsrutiner til behandler med oversikt over planlagte avslutningssamtaler som krever epikrisearbeid på forhånd. Kontorfaglig medarbeider følger opp oppmøteliste med gjennomgang av epikrise, og følger opp om pasienten skal skrives ut, med «gul lapp» (i DIPS) til behandleren ved mangler.

Økt bruk av styringsdata kan belyse uønsket variasjon (generell anbefaling)

Revisjonen skrev:

Analysene av data fra DIPS viser at det er en del forskjeller i hvilken helsehjelp pasienter i samme diagnosegruppe mottar med tanke på varighet på behandling og tid mellom konsultasjonene. Selv om det er slik at pasienter innenfor samme diagnosegruppe har ulike behov for helsehjelp, er det likevel grunn til å stille spørsmål om variasjonen som fremkommer er naturlig eller uønsket. Analyser viser også betydelig variasjon i fordelingen av antall pasienter pr behandler og antall konsultasjoner den enkelte behandler har pr dag. Dette kan for eksempel skyldes at noen behandlere har pasienter med tyngre problematikk og større kompleksitet. Det kan også skyldes utfordringer knyttet til intern ressursstyring. Etter konsernrevisjonens vurdering kan økt bruk av styringsdata være nyttig for å følge opp pasientforløpene innad i ABUP, og som grunnlag for planlegging av aktivitet og styring av ressursene i avdelingen.

Gjennomførte tiltak:

1. Den månedlige innsamlingen av en rekke ulike data fra seksjonene og i avdelingen som systematiseres i en intern månedsrapport, er gjennomgått, revidert og utvidet, slik at all tilgjengelig nyttig informasjon er lett tilgjengelig for avdelingens og seksjonenes ledelse og stab. Dataene brukes aktivt til sammenlikninger og analyser. Avdelingens spesialrådgiver lager grafer og oversikter som presenteres, gjennomgås og drøftes på ledermøter og ledersamlinger i avdelingen, og lokalt på den enkelte seksjon.
2. I samarbeid med divisjonen og analyseavdelingen sentralt er det utarbeidet et dashboard i QlikLis på ønskede områder.
3. Prosjekt kvalitetsregister ABUP er avsluttet, og videreføres som en nasjonal satsning. ABUP/AHUS er sammen med Tromsø, Vestfold og Lovisenberg med i et nasjonalt prosjekt for innføring av kvalitetsregistre i BUP. ABUP viderefører parallelt eget prosjekt i regi av divisjonens FoU-avdeling.